

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1953

T H E S E

N° _____

Pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

656

Par

POLONY Claude

Né le 31 Mai 1924, à Paris (II°)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

REMARQUES CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES

A PROPOS DES RECTOCOLITES HEMORRAGIQUES GRAVES

Président : M. MOULONGUET Pierre Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552418_0018

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1953

T H E S E

N°

Pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

POLONY Claude

Né le 31 Mai 1924, à Paris (II°)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

REMARQUES CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES

A PROPOS DES RECTOCOLITES HEMORRAGIQUES GRAVES

Président : M. MOULONGUET Pierre Professeur



DOYENS HONORAIRES - M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES

M.M. BAUDOUIN, BRINDEAU, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CIERC, DELBET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OMBREDANNE, ROUVIERE SANNIE, SEBILEAU, SEZARY, TANON.

DOYEN..... Léon BINET (Membre de l'Institut)

ASSESEUR... Jean VERNE

I- PROFESSEURS

M.M.

Anatomie....	OLIVIER (E.)
Anatomie Pathologique....	DELARUE (A.)
Bactériologie....	GASPINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Educ. Physique et aux Sports....	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale...	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale...	HUGUENIN (R.)
Carcinologie...	OBERLING (C)
Chimie Médicale...	POLONOVSKI (M)
	BROCQ (P.)
Cliniques Chirurgicales... (Hôtel Dieu)	CADENAT (F.)
	MONDOR (H.)
	QUENU (J.)
Clinique chirurg. réparatrice et orthopéd.	MERLE D'AUBIGNE
Clinique de cardiologie....	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthop.	FEVRE (M.)
Clinique de chirurg. pleuro-pulmonaire...	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose....	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie...	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphil.	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang...	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants...	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses...	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique...	FUNCK-BRENTANO
	BENARD (H.)
Cliniques Médicales... (Bichat.....)	LAROCHE (G.)
	MOREAU (R.)
	LIAN (C.)
	(Pitié.....)
Clinique Médicale d'hydro-climat. thérapeutique..	JUSTIN-BESANCON
Clinique médicale propédeutique...	PASTEUR-VALLERY-RADOT (L.)
Cliniques obstétricales : Tarnier.....	LANTUEJOUL (P.)
	LEVY-SOLAL (E.)
Baudelocque ...	LACOMME (M.)
Port Royal.....	VELTER (E.)
Clinique ophtalmologique.....	AUBIN (A.)
Clinique Oto-rhino-laryngologique.....	

Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel).....	RICHET (C)
Clinique psychiatrique infantile.....	HEUYER (C)
Clinique rhumatologique.....	COSTE (F)
Clinique stomatologique.....	DECHAUME (E)
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale.....	CHABROL (E)
Clinique urologique.....	FEY (B)
Embryologie.....	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MOUQUIN
Histologie.....	CHAMPY (C)
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA (J)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (C)
Médecine du travail.....	DESOILLE (H)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	GAILLIARD (H)
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART d'ALLAINES
Pathologie exotique.....	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée.....	LEMAIRE (A)
Pathologie médicale.....	BARIETY
Pathologie et thérapeutique générales.....	DE GENNES (L)
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD (R)
Physiologie.....	BINET (L)
Physique médicale.....	STROHL (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale.....	MOULONGUET
Thérapeutique.....	TURPIN (R)
Génétique.....	LAMY
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel).....	DOGNON (A)

II- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

MM.

Anatomie.....	(DEBEYRE (J) DELMAS (A) (GAUTHIER VILLARS (Mlle P. Pr. s. Ch. pathologique. (BUSSE (F) (FASQUELLE (R) (NEVOT (A) (BOURLIERE (F) (ETTORI (J) Pr s. Ch. (JAYLE (M. F) Pr. s. Ch. (SCHAPIRA (G)
Bactériologie.....	
Biologie médicale..	
Chimie médicale....	
Dermato-syphi- ligraphie....	
Histologie.....	(BULLIARD (H) Pr s. Ch. (COUJARD (R) (DESCLAUX (P)
Hydrologie.....	DEBRAY (C)

MM.

Pathologie chirurgicale.....	HUGUIER (J) LAURENCE (G) LEGER (A) OLIVIER (Cl) PADOVANI (P) POILLEUX (M) ROUX (M) RUDLER (J.C) VERNE (J.M. KERLEN (P) (BERNARD (J) (BOUDIN (G) (CASTAIGNE (P) (CONTE (M) (DECOURT (J) (DOLART (A) (DREYFUS (Gilb.) (FAUVERT (R) (HAMBURGER (J) (KOURILSKY (R)
Pathologie expéri- mentale	
Pathologie médi- cale.....	

Hygiène.....	(BOYER (J)	(MILLIEZ (P)
Médecine légale...	(DEPARIS (M)	(PERRAULT (M)
	(DEROBERT (L)	(RAMBERT (P)
	(GAULTIER (J)	(THIEFFRY (St)
Neuro-chirurgie.....	N...	(TURIAT (J)
Neurologie.....	SEZE (S. de)	Pédiatrie... (LAPLANE (R)
	(GRASSET (J)	(MARIE (J)
	(LEPAGE (F)	(LEVY (Mlle J)
Obstétrique.....	(MAYER (M)	Pharmacologie (Pr. s. Ch.
	(MERGER (R)	(CHEYMOL (J. H)
	(RAVINA (J)	Physiologie.. (BARGETON (D)
	(VARANGOT (J)	(PARROT (J. L)
	(OFFRET (G)	(A)
Ophtalmologie.....	(DESVIGNES	Physique
	(HALPHEN (E)	médicale..... (DOURNO (A)
Oto-Rhino-Laryngolo-	(Pr. s. Ch.	(GOUGEROT (L)
gie... (MADURO (R)		
Parasitologie.....	BRUMPT (L)	Psychiatrie..... BARUK (H)
Parasitologie coloniale	CHABAUD	Psychiatrie in-
		fantile..... MICHAUX (L)
Pathologie	(ABOULKER	Stomatologie.... CHAPUT (Mme A)
chirurgicale....	(BAULANN (J)	Thérapeutique... PERRAULT
	(GOSSET (J)	chargé de l'enseignement
		Urologie..... KUSS (R)

III- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES
RAPPELES A L'EXERCICE
Pour le service des examens

MM. Pathologie chirurgicale; BRINDEAU (A) Obstétrique
GATELLIER (J) Clinique chirurgicale; LE LORIER (V) Obstétrique
VAUDESCAL (R) Obstétrique

IV- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent:

MM	MM
(AMELINE (A)	
Clinique chirurgicale (MENEGLUX (G)	Clinique médicale.. MARCHAL (G)
(PATEL (J)	SOULIE (E)
(SICARD (A)	(DIGONNET (L)
(BOULIN (R)	(ECALLE (G)
(BROUET (G)	Clinique obstétri-
Clinique médicale.... (CACHERA (R)	cale..... (
(GARCIN (J)	Clinique ophtalmo-
(HAGUENEAU (R)	gique... RENARD (C)
	Clinique urologique COUVELAIRE R.

M.M.

Secrétaire de la Faculté..... MOREL (J.)
Secrétaire adjoint..... Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef... Docteur HAHN (A.)

Bibliothécaires..... M. DOUAN (G.) Mlles DUMAITRE (P.)
GOICHON (A.M.)
LE NOIR (G.)

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Le Docteur Sylvain POLONY

AUX MIENS

A MES AMIS

Jacques DECAUDAVEINE, Claude DUBOST

Marcel LEGRAIN, Olivier SABOURAUD

A Monsieur le Professeur Pierre MOULONGUET

Qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse

En reconnaissance de son enseignement

Au Docteur Jean CHARRIER

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

Qui m'a inspiré ce travail

En témoignage de ma profonde
admiration, en reconnaissance de son
enseignement et de ses affectueux
conseils

A MES MAITRES D'INTERNAT

Monsieur le Docteur CHIGOT

Monsieur le Docteur Alain MOUCHET

Monsieur le Professeur François de GAUDART D'ALLAINES

Monsieur le Professeur agrégé Jean PATEL

Monsieur le Professeur Jean QUENU

Monsieur le Professeur Robert MERIE D'AUBIGNE

En témoignage de ma respectueuse
reconnaissance

A mon Maître et Ami le Docteur Jean LOYGUE

I N T R O D U C T I O N

A l'occasion d'une série de 11 malades présentant des formes graves de Rectocolites hémorragiques et opérés dans le service de notre Maître Jean CHARRIER, par lui-même et par son assistant le Docteur LOYGUE, nous avons tenté de faire le point du traitement chirurgical actuel de la Rectocolite hémorragique.

En effet, les indications thérapeutiques sont souvent difficiles à poser ; le pronostic global de l'affection est redoutable, surtout dans les formes aiguës. Enfin, à côté du risque réel de l'acte chirurgical, existe, étant donné l'évolution cyclique de la maladie, l'espoir toujours entretenu d'une rémission possible, espoir qui fait retarder l'heure de la chirurgie et rend ainsi plus aléatoire le seul remède efficace dans ces cas.

C'est pourquoi nous voudrions rappeler d'abord l'aspect des formes graves et des complications où la chirurgie s'impose ; en citant des aspects cliniques, certaines complications, des détails techniques, nous verrons que les faits qui émaillent nos observations sont, en tous points, communs aux règles émises depuis plusieurs années par les chirurgiens anglo-saxons.

Dès 1936, les publications de LARDENNOIS (22 malades opérés) puis de MOULONGUET (3 cas), évoquent les problèmes

thérapeutiques que posent la Rectocolite hémorragique grave. Ultérieurement, si les travaux français apportent souvent l'illustration de telle technique ou de telle complication, c'est vers les importantes statistiques américaines qu'il faut se tourner pour trouver les bases du traitement chirurgical de la rectocolite hémorragique.

Ces chiffres sont d'ailleurs difficiles à manier, apparaissant parfois contradictoires. Nous en verrons les raisons. On ne peut, enfin, confondre absolument Rectocolite hémorragique et ulcérate colitis : MONSAINGEON a bien montré que les différences portent surtout sur le malade (mode de vie, climat social préoccupations différentes) et que la maladie semble bien la même par sa gravité, sa périodicité mise en évidence par RACHET et par les mêmes problèmes qu'elle pose au thérapeute.

Nous ne rappellerons pas les discussions anatomo-pathologiques, étiopathogéniques de l'affection, problèmes actuellement encore en discussion. Citons seulement la définition proposée par RACHET :

"Maladie à long cours, atteignant le colon en partie ou en totalité, prédominant à sa surface et à sa terminaison, évoluant par poussées successives entrecoupées de rémissions et caractérisée au moment de ces poussées par un syndrome muco-hémorragique, cette affection, dont les causes probablement multiples, mais encore inconnues, interviennent sur un terrain prédisposé, est une entité anatomo-pathologique nettement définie par ses lésions histologiques spéciales où prédominent les réactions vasculo-congestives".

GENERALITES

La Rectocolite hémorragique est une maladie grave qui peut tuer :

- Dès le début de son évolution dans ses formes aiguës ou par ses complications aiguës ;
- A long terme, dans ses formes chroniques, par des complications graves (dégénérescence) qui sont d'autant plus fréquentes que l'évolution est plus longue.

En 1935, sur une statistique globale, BARGEN relevait 25 % de morts et SNAPPER jusqu'à 50 %.

Voici quelques chiffres plus récents sur la mortalité d'ensemble de la rectocolite hémorragique :

- SLOAN, sur 2000 cas, a relevé :
 - 9 % de morts au bout de la 1^o année ;
 - 4 autres % au bout de la 2^{me} année ;

Il note une survie de 56 % au bout de 35 ans.

- BUTTLER, sur 81 cas, note 10 morts au bout de 3 mois et 5 autres en fin de 1^o année

ce qui donne déjà une idée de l'importance relative des formes aiguës ;

- CRILE Junior, a fait récemment état de 675 cas avec 31 (5 %)

formes "acute toxic" dont 21 (68 %) sont morts dans les 9 premières années ;

- KAPEL, sur 143 malades traités médicalement, relève 48 morts et 32 impotents.

Il est classique d'estimer avec BACON (675 cas) que dans les séries médicales, 60 % des malades peuvent guérir, alors que 20 % passent à la chronicité et que le restant (20 %) meurt.

Nous voulons essentiellement envisager les aspects de la maladie relevables de la chirurgie (éliminant ainsi d'emblée 60 % au moins des malades qui présentent des aspects spontanément régressifs ou curables par le traitement médical).

Les cas chirurgicaux sont de deux ordres :

- les formes graves ou secondairement aggravées et leurs complications ;
- les formes chroniques et leurs complications,

Elles ont toutes deux en commun :

- l'inefficacité du traitement médical ;
- leur taux de mortalité très élevé.

Le pourcentage même de ces aspects dans le cadre global de la Rectocolite hémorragique est difficile à fixer. Mais, puisqu'il s'agit de formes dites chirurgicales, il se superpose grossièrement à celui des malades opérés, réserve faite du caractère plus ou moins interventionniste du chirurgien :

- LAHEY.....	40 %
- CATTELL PATTERSON..	27 %
- CAVE, RIPSTEIN.....	20 %
- BACON TRIMPI	20 %
- AULT.....	15 à 20 %
- CORBETT.....	15 %
- BROWN GLECKLER.....	13 %
- GARLOCK.....	12 %
- BARGEN, BASSLER....	< 10 %

D'emblée apparaît l'énorme différence des pourcentages.

Mais LAHEY met d'ailleurs en garde, en faisant remarquer qu'il

a surtout vu d'emblée des formes graves d'où un pourcentage élevé d'interventions.

Le taux de 26 % (CATTELL) paraît donc un maximum, d'autant que l'on sait CATTELL partisan de l'iléostomie de principe.

Seul DUGAL est plus précis car, sur 88 malades, il nous dit que le principe d'une intervention chirurgicale a été discuté dans 22 cas (25 %) et qu'en fait, 12 malades (14 %) seulement ont été opérés.

Nous avons relevé dans un service médical parisien, 4 interventions sur 1 série de 13 malades (30 %). Mais combien de malades porteurs d'une forme discrète n'ont pas consulté ?

En résumé deux positions opposées :

- Pour les uns, BARGEN en tête, le traitement médical permet dans l'ensemble de beaux résultats, et la chirurgie doit être réservée aux formes graves en sachant qu'elle sera grevée d'une lourde mortalité ; en outre, on ne peut se décider facilement à mutiler des malades (l'iléostomie étant une terrible infirmité) qui auraient pu guérir médicalement.

- A l'opposé et avec CATTELL, LAHEY, d'autres arguent des très beaux résultats obtenus par une chirurgie précoce aux indications larges : c'est l'iléostomie de principe exposée par MONSAINGEON.

En fait, sans être interventionniste à outrance, on ne doit pas laisser évoluer l'affection jusqu'à pratiquer un sauvetage trop aléatoire.

Pour conclure dans le cadre global de la Rectocolite hémorragique, la chirurgie semble indiquée dans 20 à 30 % des cas ainsi pratiquée elle pourra, nous le verrons, abaisser ce taux de 20 % de mortalité médicale.

Nous verrons qu'elle fait mieux puisque la réhabilitation des colectomisés peut aller jusqu'à 88 % (il ne s'agit que de formes sérieuses) alors que sur l'ensemble des malades traités médicalement, il subsiste un très fort contingent (30 %) d'irrécupérables au point de vue social. Devant ces beaux résultats, il faut mettre en balance le caractère mutilant de cette chirurgie : l'iléostomie définitive, aussi remarquablement appareillée soit-elle, est une grave infirmité mais elle a pu déjà être salvatrice ; et son inconvénient est tempéré par l'espoir que peut faire naître de nouvelles techniques. Nous y reviendrons.

FORMES CLINIQUES (Relevant de la Chirurgie)

et

LEURS COMPLICATIONS

FORMES CLINIQUES

Nous envisagerons seulement ici les formes relevant de la chirurgie. Nous ne rappellerons pas les divers éléments cliniques, radiologiques et rectosigmoïdoscopiques de la rectocolite hémorragique. Nous voudrions seulement insister sur quelques caractères cliniques et évolutifs particuliers à ces formes chirurgicales, soit qu'il s'agisse de signes banaux, mais ici particulièrement intenses, soit qu'il s'agisse d'éléments propres à ces aspects.

Il faut opposer deux sortes de cas :

A- Les formes aiguës à évolution rapide dans un laps de temps restreint (6 mois au maximum) où la chirurgie prend un caractère d'urgence. C'est, classiquement, l'indication de l'iléostomie de sauvetage. C'est ici que les risques seront les plus grands, la mortalité la plus élevée. Il faut bien connaître ces aspects, savoir renoncer à la temporisation dans l'espoir d'une rémission qui peut ne pas survenir ou n'être pas suffisante : c'est la vie du malade qui est directement en cause par la gravité de

la maladie elle-même.

CRILE Junior a bien mis en évidence la gravité de ces formes aiguës en montrant que la mortalité était la plus forte dans les 6 premiers mois de la maladie.

Nous rapprocherons de ces cas :

- 1- Les formes subaiguës, plus étalées dans le temps ;
- 2- Les poussées aiguës sur formes chroniques ;
- 3- Les poussées prolongées ;
- 4- Les complications aiguës ;

qui posent toutes le même problème thérapeutique : celui de l'intervention chirurgicale précoce.

B- Les formes chroniques

- à évolution prolongée sur un temps très long ;
- où la chiropagie sera nécessaire, étant donné les complications qui peuvent survenir :
 - soit qu'elles interdisent toute vie sociale au malade :
 - incontinence
 - rechutes avec hospitalisations fréquentes ;
 - soit qu'elles menacent directement la vie à plus ou moins longue échéance : dégénérescence.

A- LES FORMES AIGUES

Elles peuvent survenir d'emblée ou complicuer brutale-
ment une forme banale ou même chronique.

Sous les aspects les plus graves, elles ont pu être appelées toxiques, septicémiques etc... et sont tout à fait superposables aux formes "acute toxic", "fulminatives" des Anglo-Saxons.

- Elles évoluent vite, en quelques semaines l'altération de l'état général est considérable.

- D'une seule tenue, sans rémissions, ou si peu marquées qu'elles ne permettent aucune récupération.

- Elles sont absolument rebelles aux thérapeutiques médica-
les et c'est là un critère fondamental : toute poussée qui se développe, continue malgré et sous un traitement médical bien conduit, est relevable de la chirurgie.

Sur quels éléments peut-on se baser pour affirmer cette gravité ?

- Non seulement sur l'évolution rapide et le caractère rebelle au traitement médical ;

- Mais aussi sur l'intensité des signes cliniques qui sont là réunis le plus souvent avec une acuité particulière :

- La diarrhée grave : 10, 20, 30 selles (obs. 3)
sanglantes et purulentes par 24 heures. L'apparition de diarrhée nocturne dans une forme chronique est, pour beaucoup, un signe d'aggravation.

- L'hyperthermie avec clochers à 39, 40° en dehors de tout foyer infectieux (hormis, bien entendu, l'inflammation du colon)

- La tachycardie élevée d'une façon constante, sans rapport avec l'élévation thermique,

- La deshydratation, la dénutrition rapide à laquelle concourent la diarrhée, la fièvre, l'anorexie.

Beaucoup d'auteurs insistent sur l'aspect de ces malades :
amaigris (obs. n° 3 : perte de 3 kgs
n° 6 : " de 15 kgs
n° 8 : poids 37 Kgs
n° 9 : poids moins de 28 kgs)

deshydratés, cachectiques, grabataires ;

faciès émacié, yeux cernés, voix "cassée" ;

sueurs profuses, peau moite que nous avons souvent notée.

A ces signes capitaux s'associent :

- L'intolérance digestive qui accentue la dénutrition et rend nécessaire une alimentation par sonde duodénale ;

- Des douleurs abdominales coliques (obs. n° 5, 10, 11), parfois même une défense localisée ou généralisée qui fait craindre une perforation (obs. n° 8) ;

- Des arthralgies multiples (genoux, coudes, poignets, chevilles) qui immobilisent le malade (obs. n° 5)

- Enfin, toutes les complications que nous étudierons ultérieurement.

Au point de vue humoral, insistons sur :

- l'anémie parfois très importante (1.600.000 G.R., obs. n° 1)

- la leucocytose à 15000, 20000 G.B.

- la V.S. élevée ;

qui s'accroissent lors des poussées,

Le déséquilibre liquidien et électrolytique est patent cliniquement (amaigrissement et deshydratation en sont les témoins ; la diarrhée, les vomissements, la fièvre le déclenchent et l'aggravent).

Nous n'avons pas pu faire chez nos malades l'étude de masse circulante.

La surveillance des taux du sodium, du potassium, en même temps d'ailleurs que celle de l'urée, de la R.A. sera à la base de la réanimation de ces malades. Les variations des électrolytes ne résument cependant pas toute la maladie et il faudra se méfier d'affirmer l'hypopotassémie devant une asthénie intense et des troubles du transit, avant d'avoir éliminé toute autre cause ; c'est ainsi que nous avons vu trop tardivement une malade (obs. n° 11) qui présentait, en fait, une perforation confirmée rapidement par un examen radiologique sans préparation de l'abdomen (pneumopéritoine).

Insistons encore sur l'impression de gravité qui se dégage de ces malades, l'intensité des manifestations cliniques, la rapidité de l'évolution (par rapport aux formes habituelles), l'absence de rémissions appréciables, le caractère rebelle au traitement médical.

De ces formes aiguës, nous rapprocherons :

1- Les formes subaiguës qui sont toute proches de ces aspects. Elles sont simplement plus étalées dans le temps, en sorte qu'ap-

paraissent des rémissions qui, si insuffisantes soient-elles, sont évidentes. Elles peuvent aussi survenir d'emblée, ou compliquer une forme banale. Mais, lors des poussées, les mêmes critères que nous venons d'énoncer à propos des formes aiguës sont retrouvés et permettent d'affirmer la gravité.

Elles posent enfin, les plus délicats problèmes thérapeutiques car évoluant par poussées, graves bien entendu, le thérapeute est toujours tenté d'attendre une rémission alors que chaque poussée rend plus aléatoire le traitement chirurgical.

2- La poussée aiguë :

- survenant au cours d'une forme banale ou chronique (obs. n°4)
- son développement sous traitement médical ;
- le caractère d'être rebelle à ce traitement

comme tous les aspects précédemment énumérés, est un argument décisif en faveur du traitement chirurgical.

Il y a cependant là un critère de temps difficile à définir. A partir de quand peut on juger de l'efficacité ou non d'un traitement ?

Pour les formes aiguës simples le problème se pose peu tant est évident le caractère évolutif, constamment aggravant, l'inefficacité quasi totale du traitement médical.

C'est pour les formes subaiguës, les poussées sur forme banale, que la décision est délicate : nous y reviendrons lors des indications opératoires en faisant état des taux de mortalité des différents traitements, des règles émises par certains praticiens.

3- Les poussées prolongées sont, en elles-mêmes, un signe d'aggravation car, si les poussées sont variables en rythme, en durée, en intensité chez différents malades, elles sont constantes dans leur rythme et leur aspect chez un même malade.

Après avoir vu ces formes aiguës, ces poussées qui apparaissent déjà comme une complication des formes les plus banales, nous voudrions envisager les complications aiguës, nous réservant d'étudier les autres complications lors de l'exposé des formes chroniques (ces complications, bien qu'elles puissent toutes survenir précocement, sont en fait d'autant plus fréquentes que l'affection évolue depuis plus longtemps).

4- Les complications aiguës

a- La perforation colique est un des éléments qui différencie ulcération colitis de rectocolite hémorragique. Car exceptionnelle en France, elle est assez fréquente aux Etats-Unis C'est la crainte constante des thérapeutes :

- Fréquence : DUGAL - 2 sur 88 malades ; SLOAN : 87 sur 2000 : 4,3 %. RICE OXLEY : 4 sur 129.

- Elle peut siéger sur tous les segments du colon mais est plus fréquente sur le sigmoïde.

Elle peut être aiguë : c'est rare (LAHEY)
soit survenant comme sur un colon sain (c'est exceptionnel),
soit au début d'évolution quand le processus ulcératif est le plus virulent. Dans les formes aiguës, elle peut même surve-

nir dans les 15 jours qui suivent une iléostomie, lors d'une poussée postopératoire : c'est là un argument pour les partisans de la colectomie d'emblée (BROWN relève 4 perforations mortelles après 90 iléostomies).

La perforation aiguë nécessite une suture d'urgence, sous couvert d'une iléostomie.

La perforation peut survenir plus tard dans une forme chronique associée à une occlusion, à un abcès intramural, sur un colon scléreux. Là encore il faudra d'abord faire une iléostomie pour drainer ensuite l'abcès et n'envisager qu'ultérieurement une résection colique.

Par le même processus, lorsque la perforation se fait en organe creux, peut survenir une fistule interne (grêle, vessie).

Le pronostic de ces perforations est très grave.

Sur 100 malades morts au cours de rectocolites hémorragiques et autopsiés, SLOAN relève 24 perforations.

Nous en avons observé une dans des circonstances particulières (obs. n° 11) :

Au cours d'une rectocolite apparue 5 mois plus tôt, la malade présente une réaction douloureuse de la F.I.D. Le diagnostic d'appendicite aiguë est porté et la malade opérée (13-1-53 : appendicectomie). Dans les suites immédiates apparaît une altération progressive et finalement très importante, de l'état général avec asthénie intense. Les médecins consultés rapportent ce syndrome à une hypopotassémie. Quand nous la voyons 5 jours plus tard, une radiogra-

phie alors demandée montre un pneumopéritoine généralisé.

Malgré l'état cachectique de la malade, on tente successivement :

- un drainage de la grande cavité (13-2-53) mais, en quelques jours, est constituée une fistule stercorale pour laquelle on pratique ultérieurement
- une entérostomie de dérivation (23-2-53).

La malade meurt le 11-3-53 de sa péritonite.

b- L'hémorragie, massive ou dominant le tableau clinique, est rare mais particulièrement grave :

SLOAN : 1 % (sur 100 autopsies de malades morts au cours de rectocolites hémorragiques : 8 morts par hémorragie) ;

BROWN : 1 sur 106 opérés.

Elle frappe essentiellement les sujets jeunes :

- Ce peut être une hémorragie brutale, massive, et on l'a longtemps considérée comme au-dessus de toute ressource thérapeutique ;

- Ailleurs ce sont des hémorragies répétées, inhabituelles chez un malade présentant une diarrhée sanglante par leur importance (rythme, quantité).

- L'iléostomie a parfois pu être salvatrice mais l'hémorragie peut même survenir après iléostomie (BROWN : 1 mort par hémorragie sur 90 iléostomies).

Malgré les risques considérables qu'elle comporte, la colectomie complémentaire a donné de beaux résultats, surtout

lorsqu'elle est pratiquée d'emblée, associée à l'iléostomie si l'état du malade le permet (Mc KITTRICK - LAHEY).

c- L'occlusion qui, nous le verrons, est fréquente après intervention chirurgicale, apparaît exceptionnelle au début de l'affection.

LAHEY note que, malgré la maladie colique elle-même, les adhérences spontanées sont rares dans la rectocolite hémorragique, et ne sont trouvées que lors de réintervention, au contact de la dernière anse iléale, auprès de l'iléostomie.

L'occlusion peut survenir tardivement :

- par lésion cicatricielle sténosante ;
- ou, plus souvent, par abcès avec agglutination d'anses.

Dans ces cas, où le diagnostic de lésion exacte n'est d'ailleurs pas posé, on intervient pour occlusion par masse tumorale, l'intervention comporte une exérèse colique large dans la crainte d'un néoplasme : seul l'examen anatomopathologique de la pièce permet de différencier un abcès scléreux ayant entraîné une agglutination d'anses, d'une tumeur, d'une perforation couverte ou d'une fistulisation interne.

Telles apparaissent les formes aiguës et les complications aiguës.

B- FORMES CHRONIQUES

Hormis les cas exceptionnels de rectocolite hémorragique évoluant par poussées peu marquées depuis des années, et présentant une poussée aiguë avec toute la gravité qu'on lui connaît, la chronicité représente en elle-même une lourde infirmité.

Malades inadaptés, ne pouvant avoir aucune activité sociale (diarrhée continuelle et surtout incontinence) ;

Poussées à répétition entraînant des hospitalisations successives ;

Cet état rendant les malades infirmes bien plus qu'une iléostomie qui, bien que n'étant qu'un pis aller, permet de très belles récupérations.

Enfin, ces malades sont à la merci de :

- Rétrécissements (SLOAN : 245 sur 2000, soit 11 %
BROWN : 7 sur 106)
- D'abcès périnéaux ;
- De dégénérescence dont la fréquence augmente avec la durée de la maladie.

Nous allons évoquer les 2 grandes complications qui, avec les poussées, peuvent apparaître dans les formes chroniques et font une grande partie de leur gravité, pour envisager ensuite d'autres complications qui peuvent se voir d'ailleurs dans tous les aspects de la maladie.

LA PSEUDOPOLYPOSE est assez fréquente :

BUSSON : 20 cas sur 450 malades ; SLOAN : 387 sur 2000 ;

BROWN GIECKLER : 19 sur 106. Observation n° 4.

Les caractères mêmes de ces pseudopolypes prêtent à discussion :

- qu'il s'agisse d'ilôts de muqueuse normale ayant échappé au processus ulcéreux et faisant saillie ;
- De polypes inflammatoires pouvant disparaître spontanément.

Les auteurs américains, bien que rejetant formellement toute filiation entre ces aspects et la dégénérescence considèrent (ce n'est là qu'une constatation de leur part) que la dégénérescence est plus fréquente chez les malades porteurs d'un aspect pseudopolypoïde et, en font une indication formelle de l'abstention colique à titre préventif.

(GIECKLER : sur 12 dégénérescences, 5 malades présentaient auparavant un aspect pseudo-polypeux ; W.C. SHANDS : sur 73 néo 16 aspects pseudopolypeux antérieurs).

Pour BUSSON, au contraire, il s'agit d'un aspect de cicatrisation et c'est donc l'indication de l'abstention chirurgicale.

Quant aux polypes adénomateux vrais, ils sont exceptionnels, niés même par certains auteurs (BUSSON).

LA DEGENERESCENCE - On sait combien elle est fréquente dans la polypose rectocolique familiale dont le caractère certain fait l'immense gravité ; et l'on serait tenté de la croire inexistante dans la rectocolite hémorragique : il n'en est rien,

Fréquence : elle peut survenir dans 2 à 6 % des cas

- GARLOCK : 9 néo sur 226 opérés : 3,9 %, 8 morts dans les 3 ans
- GLECKLER : 12 " 316 " : 3,8 %
- PATTERSON : 13 " 35 cas
- BARGEN : 73 néo
- KIEFER : 10 néo sur 226 malades
- SLOAN : 109 néo sur 2000 malades
- BUSSON : 2 à 2,5 %

Elle apparaît plus fréquente sur une longue série de malades porteurs de rectocolite hémorragique, que sur une série similaire de sujets (âgés en particulier) examinés durant la même période à titre systématique (E.D. KIEFER), sans s'arrêter trop à cette proposition facilement attaquable, insistons plutôt sur le fait que

Dans le cadre même de la rectocolite hémorragique, les risques de dégénérescence augmentent avec la durée de l'évolution et qu'au-delà de 9 ans, GARLOCK note la proportion d'une dégénérescence sur 3 malades. Ce risque est un argument en faveur de la colectomie après toute iléostomie justifiée pour rectocolite hémorragique (CATTELL, BARGEN etc...)

Ce risque de dégénérescence serait également d'autant plus grand que le sujet est plus jeune (KIEFER).

Localisation :

le + souvent rectale (7 cas sur 9, GARLOCK) mais

peut toucher tous les segments., 73 cas :

21 K.multiples - SHANDS

Redoutable par sa fréquence, la dégénérescence l'est aussi

par son pronostic qui est particulièrement mauvais ; ceci s'explique car elle survient sur un colon infecté rendant le traitement plus difficile.

Car ces signes révélateurs (diarrhée, émissions sanglantes, phénomènes occlusifs, altération de l'état général) se superposent aux signes mêmes de la rectocolite hémorragique et sont, le plus souvent, méconnus puisqu'ils sont communs aux deux affections.

SHANDS sur 73 cas n'a pu opérer que 40 malades ; n'a que 2 survies au-delà de 5 ans.

LAHEY a 16 morts sur 18 cas :

- les 16 morts sont les 16 malades chez qui le diagnostic de dégénérescence avait été fait avant l'intervention (colectomie)
- les 2 survivants sont 2 malades ayant subi une colectomie au titre de R.C.H. simple et où seul l'examen systématique (en dehors de tout soupçon) anatomo-pathologique de la pièce opératoire a montré la présence d'un néoplasme en début d'évolution.

LES COMPLICATIONS PERIRECTALES :

Les abcès présentent une fréquence non négligeable

(DUGAL 5 sur 88 ; BROWN 5 sur 106 ; SLOAN 6 % ; BARGEN, JACKMANN : 4 % ; observations 9 et 10).

Ils ont pour origine l'infiltration périrectale et péri-sigmoïdienne : une fois constitués ils tendent à s'extérioriser au niveau du périnée donnant lieu à des fistules plus ou moins

complexes. Ils peuvent apparaître même après iléostomie.

Les fistules anales (SLOAN : 2,4 % ; BROWN : 10 %) sont constamment entretenues et irritées par la diarrhée. La propagation de l'infiltration peut entraîner une induration et une rigidité du sphincter et au maximum une incontinence : cette nouvelle infirmité pouvant, dans certains cas, invalider davantage le malade que la rectocolite hémorragique elle-même.

Enfin, les fistules recto-vaginales ne sont pas exceptionnelles (BROWN 6 % ; SLOAN 2,4 % ; obs. n° 9).

Ainsi se trouve réalisée une infiltration périrectale diffuse, scléreuse, très souvent retrouvée, persistant même après colectomie subtotal et qui rendra délicate l'ablation du rectum les plans de clivage classiques étant inexistant.

Ces complications sont de cure délicate. Elles nécessitent, outre leur traitement propre (évacuation d'abcès, mise à plat de fistules), une dérivation en amont : l'iléostomie.

Dans leurs aspects les plus graves (incontinence, fistules complexes) elles commandent la colectomie totale (obs. n° 9).

LES RETRECISSEMENTS

(RICE OXLEY : 4 sur 129 ; BROWN : 7 sur 106 ; obs. n° 4 et 9) peuvent être de deux ordres :

- soit le rétrécissement colique généralisé, après l'iléostomie : le colon mis au repos, présente par cicatrisation de ses lésions, l'aspect d'un conduit rigide, inapte à toute fonction.

- soit le rétrécissement rectal isolé qui entraîne une mauvaise évacuation du colon sus-jacent et peut être la cause de dilatation et de perforation colique.

L'examen de la pièce opératoire (colectomie totale) de l'obs. n° 9, a montré un rétrécissement rectal isolé, entouré de tissus infiltrés, lardacés. Cette malade avait d'ailleurs présenté, en cours d'évolution, une fistule recto-vaginale.

Quand le rétrécissement est bas et accessible au doigt certains chirurgiens (BASSIER) sont partisans de dilatations.

Dans les autres cas, c'est un argument en faveur de la colectomie

LES LÉSIONS ARTICULAIRES : tout peut se voir depuis les arthralgies simples, fugaces, jusqu'aux poussées rhumatoïdes graves.

Fréquence : SLOAN, 155 soit 7,7 % ; BROWN : 6 sur 106 ; DUGAL 2 sur 88 ; obs. n° 4 et 5.

Elles peuvent survenir également après iléostomie : GLECKLER 2 sur 90. Pour Mc KITNIK, LAHEY, elles nécessitent non seulement l'iléostomie mais la colectomie qui, suffisamment précoce, entraîne une disparition certaine des lésions. Faute de quoi peuvent s'installer des lésions irréversibles grevant lourdement l'avenir fonctionnel.

LES LÉSIONS CUTANÉES : SLOAN, 45 sur 2000 ; DUGAL, 2 sur 88 ; BROWN, 3 sur 106 ; RICE OXLEY, 4 sur 129.

- Erythème noueux, rash, purpura, dans la genèse desquels on a invoqué un facteur allergique (RICE OXLEY) de même que pour

les manifestations articulaires ;

- Ulcérations, abcès sous-cutanés même qui sont particulièrement typiques : jamais guéris par le traitement local, parfois guéris par l'iléostomie (obs. 5) en fait, peuvent se développer après iléostomie ou malgré elle.

De même que les manifestations articulaires, elles évoluent parallèlement à l'affection intestinale et ne disparaissent sûrement qu'après colectomie.

Bien entendu, peuvent survenir :

- des thromboses veineuses, on le conçoit facilement chez ces malades qui sont restés alités pendant des mois, cela pose de difficiles problèmes thérapeutiques lorsque la thrombose survient en période de poussée : néanmoins, il faut faire le traitement anti-coagulant sous surveillance étroite, bien entendu (obs. n° 3).

- des embolies : SLOAN, 13 sur 100 autopsies ;

BROWN : 2 sur 6 morts après 90 iléostomies ; 1 observation n° 6 ; CRIIE Junior : 1 sur 6 morts après iléostomie.

Nous voudrions évoquer le problème de la rectocolite hémorragique et de la grossesse.

Chez la femme jeune, la grossesse peut masquer le début d'une R.C.H. L'affection est alors particulièrement virulente et rebelle aux traitements médicaux.

Selon TUMEN, la grossesse peut évoluer normalement malgré une iléostomie ou une colectomie segmentaire. Mais, dans les cas graves, nous verrons que ces 2 interventions peuvent être insuffisantes à elles seules pour guérir la R.C.H.

Nous avons vu une femme enceinte de 4 mois présenter une poussée aiguë (obs. n°6). On décida finalement de pratiquer un avortement thérapeutique puis rapidement une iléostomie qui s'avérant insuffisante, fut suivie d'une colectomie. Hélas la malade mourut d'embolie pulmonaire.

Par contre, nous avons relevé le cas de 3 femmes devenant enceintes pendant une rémission et menant leur grossesse à terme (TUMEN). Il semble donc qu'en poussée aiguë, la décision soit souvent délicate et qu'il s'agisse de cas d'espèces.

Au point de vue ultérieur, certains auteurs insistent sur la possibilité de grossesses normales après iléostomies ou colectomies:

- BROWN GLECKLER - 4 cas chez des iléostomisées
- BACON - 1 cas chez une colectomisée
- PETERSON : 3 cas.

LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- Techniques
- Complications
- Résultats

Nous envisagerons successivement :

- les techniques chirurgicales proprement dites
- les complications propres à ces interventions
- les résultats.

Parmi ces techniques :

- les unes visent à une dérivation partielle
 - appendicostomie, coecostomie ;
 - elles sont à rejeter formellement, ne dérivant que partiellement le contenu intestinal.
- les autres dérivent totalement les matières :
 - colostomie avec éperon qui paraît illogique car l'affection est, le plus souvent, globale, et qu'il est difficile, lorsqu'elle est partielle, d'en préciser le niveau supérieur ;
 - l'iléostomie qui demeure l'intervention de base de la rectocolite hémorragique.
- Les réssections suppriment l'affection elle-même :
 - colectomie partielle, subtotale ou totale ;
 - ablation du rectum

- Les anastomoses iléo-sigmoïdiennes, rectales ou anales, cherchent à pallier le gros inconvénient que représente une iléostomie définitive.
- Enfin, il faut mentionner les interventions à visée physiologique :
 - vagotomie
 - énervation pelvienne.

SOINS PRE-OPERATOIRES

Nous avons vu la gravité des formes aiguës. Intervenir dans ces conditions comporte de gros risques. Une bonne préparation des malades est certainement un des éléments qui a permis d'abaisser le taux de mortalité de cette chirurgie dite parfois "d'urgence".

Cette préparation portera :

- d'une part sur l'intestin :
 - désinfection locale (sulfamides à résorption locale per os)
 - mise en place avant l'intervention d'une sonde type Miller-Abboth pour opérer sur un ventre plat.
- d'autre part sur l'état général :
 - alimentation par sonde duodénale si nécessaire régime de 3 à 4000 calories par jour, dont 250 à 300 g de protides, car il faut absolument un bilan azoté positif ; dans les cas d'intolérance totale, il faudra substituer à ce régime des perfusions

Nous allons maintenant exposer, parmi les traitements chirurgicaux, les techniques qui semblent avoir fait leurs preuves :

- l'iléostomie : techniques
 complications
 résultats

- les différentes colectomies : technique
 complication
 résultats

et les anastomoses iléo-sigmoïdiennes, rectales
ou anales.

Enfin, les opérations à visée physiologique.

L' I L É O S T O M I E

Demeure l'intervention de base de la rectocolite hémorragique. Qu'elle soit le seul temps opératoire : c'est rare ou complétée par une colectomie d'emblée ou ultérieurement.

De multiples techniques ont été proposées :

Iléostomie terminale avec enfouissement du bout distal.

De réalisation assez simple, assurant une bonne exclusion du colon, un appareillage correct, elle nous a donné deux bons résultats (obs. I et 9) : dans ce dernier cas cependant la malade portait en outre une colostomie gauche. Elle doit, néanmoins, être rejetée car elle peut se compliquer facilement de péritonite par perforation, par lâchage du moignon distal (le colon étant mal ou insuffisamment drainé par le rectum en cas de rétrécissement en particulier).

C'est pourquoi il faut faire une iléostomie double.

Nous en décrirons la technique du service (iléostomie à pont cutané) qui nous a donné de beaux résultats avec, cependant, quelques déboires locaux (obs. 5,7,8);

Puis l'iléostomie bitubulée à la CATTELL avec extériorisation à distance, à laquelle semble s'être rallié la majorité des chirurgiens américains, après les tentatives les plus diverses.

Technique du Service

- Incision oblique dans la fosse iliaque droite ;
- Repérage d'une anse grêle à une vingtaine de cms du cœcum
et ayant un méso assez long pour permettre l'extériorisation
- fermeture de la brèche mésentéricoiléopariétale
- fixation d'une dizaine de centimètres de la partie afférente
de l'anse grêle au péritoine pariétal antérieur, en dessous
et suivant la direction de la ligne d'incision, par des
points séparés à la soie fine, ceci pour éviter la chute
de l'anse vers le petit bassin, où, distendue par les liqui-
des, elle peut devenir le point de départ d'une occlusion
par coudure.
- tunellisation du mésentère pour passer, au-dessous de l'intes-
tin, un lambeau de peau quadrilatère taillé aux dépens de
la lèvre externe de l'incision ;
- fixation de l'anse intestinale au péritoine pariétal
 - 4 points séro-séreux en haut (
 - 4 points séro-séreux en bas (de part et d'autre du lam-
beau cutané non encore su-
turé
- réfection de la paroi en haut et en bas sans serrer l'anse
- suture de la peau qui est unie à la séreuse intestinale par
très peu de points séparés.

L'anse extériorisée n'est ouverte qu'au bout de quel-
ques jours et n'est sectionnée qu'au bout de 6 à 8 jours, sec-
tion qui portera plus près du bout distal, de façon que le bout
proximal ait une longueur de 3 à 4 centimètres extériorisés.

Cette technique a l'avantage de ne pas exposer l'incision destinée à la colectomie, à l'infection pariétale dès le 1^{er} temps.

A côté de cette technique où la protection des tégu-
ments est assurée par une ouverture tardive de l'intestin,
nous décrirons la technique américaine basée sur une ouverture
immédiate.

Technique de l'iléostomie bitubulée genre CATTELL

- Incision médiane ;
 - Section de l'intestin à 30 cm de l'angle iléocœcal ;
 - Extériorisation du bout distal dans la partie supérieure de l'incision ; du bout proximal par une contre incision en peau saine, à la moitié environ de l'espace ombilic épine ilia-
que antéro-sup. :
 - incision ni trop courte, ni trop étroite (striction) ;
 - extériorisation suffisante de l'iléon (4 à 5 cm) pour éviter dans les suites, la rétraction de l'intestin, en cas de mé-
téorisme ou ultérieurement, lorsque le malade grossira,
mais pas trop longue pour que l'intestin ne s'irrite sur
le fond du sac (hémorragie).
- Il faut aussi fermer la gouttière iléo-mésentérique-pariétale
S'abstenir de tout point prenant l'intestin pour l'amarrer à
la peau ou au péritoine (chacun d'eux pouvant être la cause
d'une perforation intestinale, avec péritonite lorsqu'il s'agit
d'un point profond, infection pariétale s'il s'agit d'un point

superficiel). L'anse extériorisée tiendra simplement par la traction du mésentère dont la tranche de section est fixée au péritoine pariétal antérieur, à points séparés, entre les deux segments intestinaux extériorisés.

L'intervention se termine par la mise en place d'une grosse sonde dans l'iléostomie (maintenue étanche par une bourse) elle restera de 3 à 5 jours et sera remplacée par une poche type Rutzen. L'application précoce de cette poche, imaginée d'ailleurs par un malade, permet de protéger la peau. En effet, elle comprend:

- une bague de caoutchouc, circonscrivant très exactement l'iléostomie et collée à la peau (colle à base de caoutchouc)
- une poche amovible fixée à cette bague et facilement détachable. Il existe de multiples variantes dérivées de ce type (poches en nylon que l'on peut jeter) ., en autres perfectionnements.

Les soins post-opératoires

Sont tout aussi importants que la préparation.

Nous avons déjà vu les problèmes généraux qui se posent à ce sujet :

- il faut savoir qu'une iléostomie peut être la source d'une déperdition liquidienne considérable (jusqu'à 5 ou 7 litres par jour !)
- et que l'équilibre liquidien et électrolytique, que l'on

cherche à réaliser est bien difficile à obtenir : nous avons ainsi perdu un malade cachectique opéré trop tard d'ailleurs (obs. n° 10) : dans les suites de l'iléostomie malgré une réanimation apparemment équilibrée (il faut noter néanmoins une hausse progressive de la T.A.) le malade est mort dans un tableau d'oedème aigu pulmonaire.

Un traitement antiinfectieux est toujours nécessaire.

Au point de vue local, il faut insister sur l'importance de la surveillance de l'intestin : coloration, vitalité, en particulier si l'on a pratiqué une iléostomie à la Cattell, l'anse n'étant pas fixée par elle-même, il faut se méfier constamment durant les 5 premiers jours d'une rétraction, d'une striction, d'un prolapsus, que peuvent déclencher le moindre effort de toux ou de vomissement, toutes complications auxquelles il faut immédiatement remédier.

Suites de l'iléostomie

Dans la majorité des cas l'iléostomie entraîne une amélioration considérable (obs. 1,2,4,9)

- Reprise de l'appétit, puis du poids
- Retour de la température à la normale

et, passé le cap de la 2^{me} semaine, le malade entre en convalescence.

Parfois cette amélioration est plus longue à se manifester (obs. n° 8).

Néanmoins l'iléostomie pour rectocolite hémorragique est une intervention grave.

- Son taux de mortalité est élevé dans les cas d'urgence nous y reviendrons ;

- Surtout des complications peuvent survenir :

- complications aiguës dans les suites immédiates :

- occlusion

- péritonite

- complications locales au niveau de la bouche d'iléostomie ;

- enfin, précocement ou tardivement, toutes les complications propres à R.C.H. que nous avons déjà étudiées, puisque l'iléostomie, dérivant le contenu intestinal, met certes le colon au repos, mais ne peut prétendre guérir la maladie elle-même.

Complications de l'iléostomie

L'occlusion (observation 1, 5, 7) (GLECKIER 3/90) est la complication propre à l'iléostomie :

- la plus précoce,

- la plus redoutable par sa fréquence, par la difficulté de son diagnostic : autant pour l'affirmer que pour préciser son mécanisme : iléus, occlusion mécanique et donc, le traitement.

L'affirmer est parfois délicat car les suites de l'iléostomie comprennent volontiers : un ralentissement du transit

(peut être favorisé par une hypopotassémie), parce qu'enfin la ponction tardive de l'iléostomie ne favorise pas la reprise du transit.

Sur quels signes faut-il se baser pour l'affirmer ?

- La disparition d'émission de matières par l'iléostomie qui avait bien donné pendant 24 ou 48 heures. C'est ce qui est arrivé chez nos 3 malades ;
- Puis un certain degré de météorisme ;
- Des images hydroaériques à l'examen radiographique (en sachant toutefois, que disséminées, elles n'ont pas une valeur formelle).

Le diagnostic de la cause de l'occlusion est particulièrement délicat, et dans l'impossibilité de la préciser, nous avons été 3 fois amenés à intervenir (2, 5, 7). Il peut s'agir :

- D'iléus paralytique (obs. 2-7), dont la fréquence très grande justifie l'emploi systématique, à titre préventif :
- de l'aspiration duodénale continue (LAHEY, CATTELL, BARGEN, WANGENSTEEN etc..) qui, en rendant l'intestin plat, non distendu, le met dans les meilleures conditions de travail ;
- et une bonne réanimation : un déséquilibre liquidien et électrolytique pouvant favoriser le déclenchement de l'iléus.

L'examen radiologique ne permet pas de trancher.

- Les obstacles mécaniques :

- Etranglement, coudure dans une brèche ; éventualité

redoutable à laquelle on pare par une technique correcte c'est redire l'importance de la fermeture de la gouttière iléo-mésentérique-pariétale.

- Volvulus de la dernière anse iléale ;
- Coudure même de cette anse qui alourdie de liquide, tombe dans le petit bassin et se trouve plicaturée comme nous l'avons vu dans le cas de l'obs. n° 5.
- Ces aspects soulignent l'importance d'une bonne suspension de l'anse iléale.

La péritonite (CRILE Jr, 4 morts par péritonite sur 16 iléostomies pour formes "acute toxic" ; BROWN GIECKIER, 4 sur 90 iléostomies)., peut survenir par perforation colique : si cette éventualité paraît exceptionnelle en Europe, elle n'est pas rare dans les formes aiguës d'Ulcerative Colitis et survient au cours d'une poussée dans les 15 jours qui suivent l'iléostomie : ce laps de temps épuisé, ce danger est écarté.

Il peut s'agir aussi d'une perforation du grêle par nécrose des points de fixation au péritoine posé sur des tuniques fragiles : nous en avons vu le mécanisme.

Leur pronostic est redoutable.

Les accidents locaux prennent une grande importance car, précocement, ils peuvent retarder considérablement ou même interdire techniquement un 2^e temps qui s'avère indispensable parfois (hémorragie ou poussée nécessitant une colectomie par exemple)

Secondairement ce sont autant d'obstacles à un appareillage correct, à une bonne tolérance de l'iléostomie. Ce sont - dans l'immédiat les suppurations pariétales qui peuvent avoir pour départ :

- une simple excoriation ou irritation cutanée
- ou une infection de voisinage par perforation du grêle dans la paroi aboutissant à : abcès de paroi (7 et 8) GIECKLER (6/90) ; désunion (n°8) ; éviscération ; éventration.

- secondairement : l'irritation cutanée qui est d'une grosse importance car elle peut rendre intolérable une iléostomie cependant parfaitement exécutée.

Bien entendu, les petits soins (pommades multiples, soins de propreté) ont là une énorme importance.

- La rétraction de la bouche, la sténose,
- Le prolapsus surtout (CAVE 11 cas) particulièrement délicat à soigner et pour lequel plusieurs auteurs ont proposé des techniques de cure (GIECKLER 3 sur 90).

Enfin, les complications intestinales tardives : iléus, occlusion par adhérence (CAVE : 2 sur 101 opérés) volvulus, sont exceptionnelles mais, par leur gravité, doivent être citées.

Plus particuliers à l'iléostomie ont été décrits des cas de collapsus rapportés par CAVE à un déficit en sel : d'où le précepte de donner à ces malades un régime légèrement salé.

Revenons sur ces complications pour dire :

- qu'une technique correcte ;
- une surveillance étroite des suites opératoires ;
- un appareillage précoce

en ont considérablement diminué la fréquence., et qu'une iléostomie rapidement efficace et cicatrisée est capitale car la maladie peut continuer à évoluer.

En effet bien qu'iléostomisé, le malade reste à la merci de toutes les complications de la recto-colite hémorragique. Nous ne les citerons pas à nouveau. Mais insistons sur la gravité de la survenue précoce:

- d'une poussée évolutive (obs. 3, 6, 8) ;
- d'une hémorragie massive (BROWN GLECKLER, 3 cas sur 90 iléostomies)
- d'une perforation ;

toutes complications qui posent le délicat problème d'un second temps précoce : la colectomie. Nous y reviendrons.

A distance peuvent survenir bien entendu, une reprise d'évolution, une dégénérescence colique.

Il nous paraît intéressant à ce titre de rappeler les suites de 90 iléostomies (BROWN GLECKLER) :

- évolution malgré l'iléostomie.... 36
- fistules, abcès... 10
- manifestations articulaires... 8
- perforations... 4

- prolapsus...	4
- néoplasmes....	4
- thrombophlébites..	3
- hémorragies rectales	3
- lésions cutanées...	3
- occlusions...	3

Résultats de l'iléostomie

Mortalité - Les chiffres de mortalité varient avec les indications opératoires et l'on peut facilement opposer :

1- Le cas d'iléostomie dite d'urgence (f. foudroyantes et complications aiguës) la mortalité est en moyenne d'environ 50 à 60 %. CAVE : 53,3 %. CATTELL : 66 %. KUNATH : 75 %
BARGEN : 64 % (34 % dans les 15 jours, 20 % dans les 6 mois)
CRIE Junior : 63 % ; RANKIN : 31 % ; GARLOCK : 36 %.

2- Les cas d'indication élective ; la mortalité oscille actuellement entre 2 et 6 % (GARLOCK, LAHEY, BARGEN, CATTELL) (LAHEY 2 sur 102).

Voici un tableau donnant la mortalité globale après iléostomie :

COMPLICATIONS DE L'ILEOSTOMIE

N° de l'Obs.	Date de l'iléostomie		Décès
2	7-6-50	1- Occlusion : laparotomie 15-6-50 2- Hémorragie rectale puis poussée.	
3	10-10-50	1- Phlébite M. inf. gauche 2- Poussée Janv. 51	
5	7-7-52	1- Occlusion - Laparotomie exploratrice 14-7-52 coudure d'anse - entérostomie du grêle en amont 2- Péritonite : lâchage de suture d'entérostomie 19-7-52 : fermeture enterostomie - Mickulicz GUERISON	
6	7-10-52	Rechute - Dénutrition ++ Colectomie de nécessité -	1-12-52
7	13-10-52	1- Occlusion : laparotomie 17-10-52 iléus paralytique 2- Poussée : suppuration pariétale de l'incision médiane CACHEXIE	5-5-53
8	17-10-52	Poussée - éventration au niveau de l'iléostomie	
10	17-1-53	Oedème aigu du poumon	21-1-53

ILEOSTOMIES - MORTALITE GLOBALE

		<u>Iléost.</u>	<u>Morts</u>	<u>Mortalité</u>
BACON	{ 1949	21		19 %
	{ 1951	34	4	11,7 %
CATTELL	{ 1948	145		18 %
	{ 1951			3 %
Mc KITTRICK	{ 1947	54		27,7 %
	{ 1949	143	25	17 %
DUGAL		4	1	25 %
J. CHARRIER - LOYGUE		10	2	20 %
AULT		6		16,6 %
WANGENSTEEN				8 %
BEST		8		12,5 %
LEMMER		17		23,5 %
RANKIN		26		31,7 %
GARLOCK	{ 38			15,7
	{ 15			13,3
BARGEN-PEMBERTON (1951)		130		26,9 %
CAVE		65		18 %
BROWN GIECKLER		90	7	8 %

En ce qui concerne l'action de l'iléostomie sur la maladie elle-même, on peut dire qu'elle n'est pas suffisante à elle seule

Certes, elle assure la sauvegarde des malades dans une grande proportion de cas, et entraîne rapidement une importante amélioration de l'état général.

Néanmoins, la maladie subsiste et continue souvent à évoluer : nous avons vu les complications propres à la rectocolite hémorragique elle-même, pouvant survenir après iléostomie.

C'est pourquoi tous les auteurs sont d'accord sur la nécessité d'une colectomie ultérieure : 90 % des iléostomisés la subissant, soit par principe, soit qu'une complication apparaisse ultérieurement et force à l'intervention même si on n'y était pas décidé d'emblée. (GARLOCK, BARGEN, BACON, CATTELL, CAVE, BABCOCK, RIPSTEIN, PATTERSON).

Le pourcentage de colectomies ultérieures est d'autant plus élevé que les indications de l'iléostomie auront été plus restreintes ; même CATTELL, qui nous l'avons vu, a considérablement élargi les indications de l'iléostomie (iléostomie de principe) est partisan de la colectomie secondaire. Dans ces cas, il reste néanmoins un certain nombre de malades (10 % environ) pour lesquels, à la suite de l'amélioration qu'entraîne le 1^o temps opératoire, on peut envisager la fermeture de l'iléostomie : encore faut-il avoir obtenu :

- une rémission complète pendant un temps assez long ;
- une cicatrisation de la muqueuse rectale vérifiée à l'exa-

1 bon résultat
et une mort 2 mois plus tard

CRILE JUNIOR dans les formes aiguës a 10 morts sur 16 iléostomies

Les 6 survivants sont tous T.B.

La tolérance de l'iléostomie en elle-même, qu'elle soit isolée ou associée à une excrèse est le gros problème d'avenir de ces malades.

En général d'emblée les opérés se trouvent infiniment améliorés et tous se sentent incomparablement moins handicapés par l'iléostomie qui leur permet une vie normale, que par la rectocolite hémorragique qui leur interdisait toute activité sociale.

La pratique des sports est possible (obs. n° 2 : le malade fait même de la natation). Nous avons vu que la grossesse pouvait être menée à bien chez une iléostomisée.

Il est évident qu'il faut, au début, éduquer le malade pour qu'il apprenne à se servir correctement de son appareillage ; les clubs d'iléostomisés qui existent en Amérique sont sûrement une aide précieuse car le malade y trouve un soutien et des conseils utiles sanctionnés par la pratique.

LA COLECTOMIE

Elle représente évidemment, le seul acte vraiment curatif dans la rectocolite hémorragique, par excrèse de l'organe malade.

Elle peut être : partielle
subtotale
ou totale avec ablation du rectum

Date de l'intervention - La détermination en est difficile. Devant l'amélioration qu'a procuré l'iléostomie, le caractère radical de la colectomie, l'objection du malade, on est souvent amené à retarder la colectomie.

Parfois c'est une complication locale qui interdit techniquement le second temps (obs. n° 8).

Il faut intervenir entre le 2^{me} et le 6^{me} mois suivant l'iléostomie. Passé ce délai peut survenir une rechute grave, imprévue, rebelle au Tt médical, rendant plus grave et plus aléatoire la colectomie.

A ce propos remarquons que, dans la statistique BROWN GLECKIER, sur 90 iléostomisés :

- 26 malades ont subi une colectomie dans ces délais (2-6 mois), (colectomie prévue dès qu'a été posé le principe de l'iléostomie).

Il n'y a pas eu de mort post-opératoire.

- Au contraire 29 autres malades opérés dans des délais plus tardifs (qui avaient refusé le second temps après

l'iléostomie car ils se trouvaient bien et qui, ultérieurement ont développé une complication ou une rechute nécessitant la colectomie), ont donné 8 morts.

La colectomie partielle

- Peut se faire en 1 ou 2 temps (exclusion puis résection)
- Peut être associée d'emblée à l'iléostomie ou envisagée secondairement.

Elle est réservée aux formes localisées d'ulcération colitis. Ces aspects sont exceptionnels ici. En Amérique, ses promoteurs (GARLOCK) l'abandonnent progressivement, dans l'impossibilité où ils se trouvent de déterminer, en cours d'intervention, les limites exactes des lésions, donc l'importance de la résection.

Elle a parfois été pratiquée comme premier temps opératoire (qu'il s'agisse d'ailleurs d'une colectomie droite ou gauche) en suivant une tactique qui visait à rétablir la continuité (BERGERET).

La colectomie subtotale

Demeure l'intervention d'excérèse la plus employée :

- elle peut être pratiquée en un temps (c'est de plus en plus fréquent) ou en plusieurs temps ;
- elle peut même être faite d'emblée lors de l'iléostomie.

Elle peut être isolée ;

Ou associée à une anastomose iléosigmoïdienne (obs.n° 1)
ou rectale

La technique de la colectomie par rectocolite hémorragique ne diffère pas de celle des autres colectomies. Elle ne présente pas de difficulté particulière. Insistons cependant sur certains points.

a- Voie d'accès - Bien entendu médiane sus et sous-ombilicale. Malheureusement dans 1 cas, une infection très grave de la paroi consécutive à une cicatrice médiane rendue nécessaire après l'iléostomie, à la suite d'une occlusion (laparotomie exploratrice : iléus paralytique) a commencé à retarder la colectomie ; la malade s'est cachectisée et est morte du fait de sa rectocolite hémorragique.

b- Conduite de l'excérèse - De droite à gauche avec section première du bout restant de l'iléon et évagination de ce bout

1- Puis décollement du colon droit et de l'angle droit

On pourra, dès ce moment, pratiquer la péritonisation de la fosse lombo-iliaque droite ;

2- Libération du transverse après décollement coloépiploïque et ligature vasculaire jusqu'à l'angle gauche.

Dès la fin de ce temps on aura soin d'obturer la brèche rétro-gastrique qui en avant du pancréas remonte dans l'arrière cavité des épiploons et peut être une cause d'occlusion mécanique tardive.

A ce sujet, rappelons une observation du Dr CHARRIER,

A la suite d'une colectomie totale pour polypose généralisée, une malade a présenté une occlusion du grêle ; tout l'intestin grêle remontant par la poche rétrogastrique puis traversant la pars flaccida du petit épiploon, avait basculé en avant de l'estomac. La bride de cette occlusion était en quelque sorte formée par l'estomac.

3- Décollement de l'angle gauche et du colon descendant et péritonisation de la fosse lombaire gauche ;

4- Libération du colon sigmoïde en ne descendant pas trop bas ; le sigmoïde sera fermé et invaginé si l'on a l'intention de ne pratiquer la résection rectale que dans un temps ultérieur. En effet, la libération ultérieure du bas sigmoïde sera beaucoup plus facile que celle du haut rectum.

Péritonisation complète du pelvis.

Le drainage sera assuré par 2 drains lombaires, rétropéritonéaux droit et gauche.

En cas de rétrécissement rectal, il faut mettre le bout du sigmoïde à la peau.

Suites de la colectomie

Le plus souvent les suites sont assez simples et l'amélioration de l'état général importante ; elle est plus frappante lorsqu'une iléostomie, pratiquée dans un premier temps, n'avait entraîné qu'une accalmie ou lorsqu'étaient survenues de nouvelles poussées.

Des complications peuvent néanmoins survenir ;

Précocement :

L'occlusion dont le diagnostic étiologique s'avère ici aussi délicat (sur 81 colectomies, 9 occlusions : BROWN GIECKLER) ;

- iléus (obs. n° 9)

- agglutination d'anses, volvulus, bride.

La péritonite : qui évolue de façon atypique

masquée par les antibiotiques et l'aspiration

n'est souvent mise en évidence que par l'occlusion

qu'elle entraîne secondairement (obs. n° 3, décès)

(CRIE Junior : 1 péritonite sur 4 morts après colectomie)

Ultérieurement :

Une occlusion du grêle par brides (obs. n° 4 - n° 9)

La reprise de la rectocolite hémorragique sur le moignon rectosigmoïdien restant ;

Quant à l'extension de la maladie à l'iléon, elle apparaît certes redoutable mais exceptionnelle (1 cas : BROWN GIECKLER).

COMPLICATIONS DE LA COLECTOMIE

N° Obs.	Dates de		
	Iléostomie	Colectomie	
I	22-11-48	16-5-49	Fistule au niveau de l'anastomose iléosigmoïdienne - GUERISON
3	10-10-50	23-4-51	Occlusion paralytique 28-4-51 : médiane, fausses membranes péritonite à pseudo-diphthériques enterostomie à la Witzel DECEDEE DE PERITONITE 1-5-51
4	15-10-49	10-12-51	13-2-52 : occlusion tardive du grêle par bride intervention (3 mois après) GUERISON
6	7-10-52	25-11-52	Embolie pulmonaire DECEDEE le 1-12-52 Embolie pulmonaire
7	6-1-53	21-1-53	Subocclusion qui s'est arrangée Brides vérifiées au cours de la rectectomie ultérieure. GUERISON

MORTALITE DES COLECTOMIES

	Malades	Morts	%
BARGEN...	30		36,3 %
CHARRIER - LOYGUE	6	2	33,3 %
CATTELL....	121		20,8 %
GARLOCK.....	15		18,7 %
	38		10,8 %
LEMMER....	11		18 %
DUGAL....	6	1	16,8 %
AULT	13		15,3 %
PATTERSON	70		11,4 %
CAVE...	55		10,9 %
Mc KITTRICK	87	7	10 %
WANGENSTEEN	13		0
BACON..	27		0

Cave fait état de 21 colectomies récentes sans décès.

Sur nos 6 colectomies nous avons 2 morts :

- la première (obs. n° 3) est morte de péritonite, elle avait subi un traitement à la cortisone ;
- la deuxième (obs. n° 6) est morte d'embolie pulmonaire

Nous voudrions insister sur les résultats récents publiés d'iléostomie et colectomie d'emblée.

La mortalité est plus basse quand la chirurgie est combinée d'emblée :

BACON : 14 % de mortalité ; WANGENSTEEN 15 cas : 0.

CRILE Junior : 7 cas, 1 mort : 14,3 % ;

(avec 13 j. d'hospitalisation sans contre indication de gravité)

PATTERSON, AULT, RAVITCH

RIPSTEIN : 60 cas - 3 morts. (Fulminating cases)

Il semble que ce soit là un progrès ; les suites elles-mêmes de cette intervention sont relativement simples, les délais d'hospitalisation plus brefs.

La colectomie totale avec ablation du rectum (2-4-9)

C'est le traitement radical, très mutilant certes, classiquement sans espoir de rétablissement du transit intestinal par le bas rendu nécessaire lorsqu'après colectomie subtotale, le moignon rectal continue à saigner (obs. 2-4-9)

Refusée par certains car elle présente des inconvénients (impuissance) et que, lorsque le malade peut être suivi régulièrement (rectoscopie) et ne présente pas de lésions hémorragiques ou péricrectales aiguës, on peut surseoir.

Elle est soutenue par beaucoup par principe :

- car le rectum est le lieu d'élection de la rectocolite hémorragique ;
- car les néoplasmes secondaires rectaux sont les localisations les plus fréquentes (GARLOCK 9 néos après iléostomie avec ou sans colectomie segmentaire ou subtotale : 7 localisations rectales)., et d'un avenir redoutable.

Elle peut être pratiquée :

en 1 temps (obs. n° 4) c'est exceptionnel ;

en plusieurs temps (obs. 2-9) le plus souvent en 2 temps

- colectomie
- puis amputation abdomino-périnéale du rectum.

Ablation du rectum : voici la fréquence de cette intervention :

- CATTELL : 145 iléostomies, 75 colectomies totales ;
- Mc KITTRICK : 143 iléostomies ; 87 colectomies; 33 ablations du rectum ;
- BACON : 34 iléostomies, 27 colectomies ; 19 ablations rectum
- BROWN GLECKLER :

	Surgery optional		Surgery required	
	Col.	Part.	Col.	Partielle
		Totale		Totale
	8	18	11	18
Morts..	0	0	5	3
Résultats				
Excellents	4	13	1	14
Satisf.	2	2	1	0
Poor	0	1	3	1
Insuff.	2	2	1	0

Ce tableau est intéressant car il montre que le résultat final est meilleur pour la colectomie totale que pour la subtotalé.

PATTERSON note également après l'ablation du rectum

une amélioration de la fonction de l'iléostomie (selles moins fréquentes, plus solides, ceci très vite après la rectectomie)
Les obs. (n°9-2) ont confirmé cette remarque.

Les résultats lointains de la colectomie sont encourageants.

Pour BACON la réhabilitation des colectomisés atteint 88,8 %

Voici quelques autres résultats :

	Nombre de colectomisés	Résultats
BROWN GIECKLER....	44	32 T.B. 2 B. 10 Mauvais
DUGAL...	5	4 T.B. 1 B.
CHARRIER...	4	4 T.B.
CRILE Junior...	6	6 T.B.

LES ANASTOMOSES AVEC RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE

Devant le caractère mutilant de l'iléostomie définitive, tous les chirurgiens ont tenté, avec plus ou moins de bonheur, de rétablir la continuité du tube digestif. La plupart s'y refusent ou ne la pratiquent qu'exceptionnellement devant :

- les dangers d'une conservation colique importante si l'anastomose est haute ;
- la mauvaise tolérance à distance d'une iléostomie à l'anus, même avec conservation sphinctérienne.

Il peut s'agir d'une anastomose iléo transverse,
sigmoïdienne
rectale
anale.

L'anastomose peut être faite d'emblée :

Lors de la colectomie (obs. n° 1). Bien que J. CHARRIER ait eu un succès, c'est une entreprise risquée car la suture portant sur un colon épaissi, enflammé, ajoute aux risques de la colectomie ceux d'une fistule ou d'une péritonite par lâchage de suture.

L'anastomose peut être faite secondairement à l'ampoule rectale c'est là une technique plus sûre pour 2 raisons :

- d'une part on a pu attendre une guérison de la maladie ;
- d'autre part l'iléostomie abdominale fonctionnant depuis quelque temps, peut présenter une certaine adaptation (colonisation de l'iléon) et de ce fait entraîner une fonction meilleure (ceci est particulièrement impor-

tant quand il s'agit d'abaisser l'iléon à l'anus).

Enfin, l'anastomose peut se faire d'emblée (sans iléostomie) que l'on pratique dans le même temps (BROWN GIECKLER) :

- une simple exclusion du colon (Sir Hugh DEVINE)
- ou une colectomie.

Les anastomoses iléo-sigmoïdiennes : donnent une bonne fonction puisque l'on conserve le rectum (encore que Mc KITTRICK note qu'une malade iléosigmoïdostomisée se trouve moins bien qu'avec son iléostomie seule).

Mais le pronostic ultérieur doit être réservé :

Pour certains auteurs, l'état du rectum s'améliore à mesure que l'on s'éloigne de l'intervention ;

En fait on peut toujours craindre :

- une reprise du processus évolutif : CAVE sur 11 cas
note 2 reprises d'évolution ayant abouti à la mort ;
- un rétrécissement ;
- une dégénérescence (nous avons vu la plus grande fréquence des localisations rectales de néo)
GARLOCK : 7 sur 9 cas.

L'anastomose iléo-rectale assure une fonction qui sera d'autant moins bonne que l'anastomose sera plus basse (sur 2 iléorectostomies, CAVE a un très bon résultat et un mauvais : diarrhée). WANGENSTEEN : 26 cas, 2 morts par perforation ;
1 propagation des lésions à l'iléon ; GARLOCK : 7 cas, 3 réci-
dives.

Par contre la surveillance du moignon rectal que l'on peut entièrement explorer par voie endoscopique est plus facile

L'anastomose iléoanale après rectocoloectomie totale permet d'exclure toutes les complications de la rectocolite hémorragique. Il peut s'agir :

- d'une intubation iléo-transanale (iléostomie périnéale)
 - d'une suture iléoanale :
 - terminale
 - latérale avec plastie de l'anse en U ou en O pour essayer de créer un réservoir et améliorer la continence (matières plus solides et moins fréquentes).
- (BERGENET et CHAMPEAU) :

Ces techniques, bien que délicates, sont très séduisantes. Néanmoins après la faveur dont elles ont joui à la suite des publications de RAVITCH, elles semblent peu à peu délaissées ou utilisées avec la plus extrême circonspection, étant donné les mauvais résultats qu'elles donnent à distance., et une iléostomie abdominale est, pour tous les auteurs, bien préférable à une iléostomie anale ou transanale. Quant aux plasties qui tentent de créer un réservoir (BERGENET), le recul manque encore pour juger de leur efficacité.

Quelques résultats :

RAVITCH : Sur 8 cas a 2 fois

remonté l'iléostomie à la paroi abdominale

WANGENSTEEN : l'a pratiquée 2 fois

A été obligé dans le 2me cas devant les irritations péri-
néales de faire une iléostomie abdominale.

De même pour PAYNE, HAY pour 1 cas ;

AULT sur 2 cas a subi un échec

BABCOCK sur 3 abaissements, note une mort ultérieure et 2
échecs (réfection d'une iléostomie abdominale)

Enfin, nous citerons un cas du Docteur CHARRIER :

iléostomie transanale faite cette fois pour polypose rectoco-
lique dégénérée, qu'il a fallu reprendre de la même façon au
bout de quelques semaines devant l'importance de l'irritation
périanale.

LES INTERVENTIONS A VISEE PHYSIOLOGIQUE

La vagotomie a été pratiquée la première par Clarence DENNIS qui est partisan de la voie d'abord transthoracique pour éviter toute manipulation du colon.

THOREK préfère la voie abdominale, qui autorise une exploration des lésions.

Sur 42 opérés, DENNIS a eu 3 morts et à distance : 12 bons résultats et 21 malades améliorés ; 4 autres sont restés dans le même état et, dans 2 cas, une aggravation s'est manifestée malgré l'intervention.

THOREK estime ce traitement valable mais, faute de recul suffisant ne veut pas encore tirer de conclusions définitives.

Par contre BARGEN et GARLOCK ont été déçus lors des tentatives similaires qu'ils ont faites.

La résection du système nerveux pelvien autonome est défendue par SCHLITT et SHAFIROFF. C'est une intervention simple qu'ils ont pratiquée dans 11 cas rebelles aux traitements médicaux et évoluant depuis 5 mois pour le cas le plus récent, jusqu'à 10 ans pour un cas chronique.

Ils n'ont pas eu de décès post-opératoire et insistent sur la bénignité de l'intervention. Ils notent 5 très bons résultats 5 bons et un échec. Par contre, il faut mentionner deux complications : impuissance, et rétention d'urines.

Il leur paraît enfin intéressant de signaler que, si dans les évolutions favorables, les malades reprennent du poids, ont des selles mieux formées et non hémorragiques, l'examen radiologique par contre (lavement baryté) montre les lésions coliques inchangées.

Quoi qu'il en soit, il ne semble pas que ces méthodes aient été utilisées dans des cas graves, avec succès. Leur efficacité est d'autant plus grande qu'elles sont appliquées plus tôt dans le cours de la maladie, en particulier lorsque le colon ne présente pas encore de lésions scléreuses irréversibles. Leurs indications semblent devoir être différentes des autres interventions chirurgicales et s'adresser plutôt à des formes subaiguës au début. Elles peuvent ainsi constituer un traitement d'appoint utile dans la lutte contre la rectocolite hémorragique.

C O N C L U S I O N S

1- Dans la majorité des cas (60 à 80 %) le traitement de la Rectocolite Hémorragique est essentiellement médical.

2- Dans les autres cas, c'est à la chirurgie qu'il faut avoir recours :

- l'iléostomie est le premier geste à accomplir et sera presque toujours définitive ;

- elle sera accompagnée ou suivie, très souvent, de colectomie et parfois d'ablation du rectum.

3- Quels sont ces cas justiciables sans retard de la chirurgie ?

- a- Les formes aiguës et leurs complications ;

- b- Les formes chroniques secondairement aggravées ou compliquées ;

- c- Le problème le plus délicat demeure l'indication opératoire dans les formes subaiguës : pour BARGEN, qu'on ne peut taxer d'être interventionniste, 3 rechutes rebelles au traitement médical, commandent la chirurgie. BACON, LAHEY, Mac KITTRICK n'en exigent que deux ! Ce ne sont là que des

chiffres avec tout ce qu'ils comportent de restrictions. Ce qu'il faut, c'est ne pas trop attendre, toute intervention étant redoutable chez un malade cachectique.

4- La mortalité globale du traitement chirurgical est élevée : elle diminue progressivement par l'amélioration des techniques, par la qualité des soins pré et post-opératoires.

5- Enfin, il semble que l'association en 1 seul temps de l'iléostomie et de la colectomie, malgré sa gravité apparente, ait considérablement amélioré le pronostic vital en particulier dans les formes suraiguës où la mortalité se situait jusqu'alors au-dessus de 50 %.

Ce traitement chirurgical est, évidemment, mutilant. Mais, lorsqu'il devient nécessaire, il s'adresse à une maladie vitalement redoutable, il ne faut pas l'oublier.

Si la chirurgie semble, actuellement, avoir considérablement diminué les risques de mort dans les formes graves (aiguës ou chroniques), elle ne permet d'espérer que dans de très rares cas une restitutio ad integrum anatomique. (Par rétablissement de la continuité intestino-anale). Le manque de recul et les échecs fonctionnels des essais d'abaissement du grêle à la marge anale, malgré le désir que l'on a de les voir couronnés de succès, interdisent d'utiliser actuellement ce genre de technique d'une façon systématique.

VU :
LE DOYEN
L. BINET

VU :
ET PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR
De l'Académie de Paris
SARRAILH

VU : LE PRESIDENT DE THESE

P. MOULONGUET

Nom	Début	1 ^{er} temps	2 ^{me} temps	3 ^{me} temps	
1- H.		Iléostomie 22-11-1948	Colectomie + iléo-sigmoï- dostomie - 16/5/1949		T.B.
2- S.	12/1942	Iléostomie 7/6/1950	Colectomie 10-10-1950	Recto-sigmoï- dectomie 18-2-1951	T.B.
3- CH.	2/1950	Iléostomie 10-10-1950	Colectomie 23-4-1951		D.C.D. 1-5-51
4- PL.	1936	Iléostomie 15/10/1951	Colectomie + réctosigmoï- dectomie : 10/12/1951		T.B.
5- LE.		Iléostomie 7-7-1952			T.B
6- MU.	1950	Iléostomie 7/10/1952	Colectomie 25/11/1952		D.C.D. 1/12/52
7- GL.	1/1952	Iléostomie 13/10/1952			D.C.D. 5/5/53
8- LA.	7/1952	Iléostomie 17/10/1952			en cours de traitement
9- VI.	1928	Iléostomie 6/1/1953	Colectomie 21/1/1953	Amputation rectum 27/4/53	T.B.
0- RO.	11-1947	Iléostomie 17-1-1953			21-1-53 D.C.D.
1- BA.	7/1952	Fistule coecale 13-2-1953			D.C.D. 11/3/53

OBSEIV. N° 1

Mademoiselle Marie H... (30 ans)

Entre en chirurgie le 22 Nov. 1948, adressée par le service du Docteur RACHET, pour Rectocolite Hémorragique aiguë.

Dès l'enfance la malade a présenté des épisodes diarrhéiques périodiques.

La 1^{re} poussée de R.C.H. remonte à Juillet 1946
(5 à 6 selles sanglantes par jour, sans altération de l'état général) et rétrocede au bout de 4 mois.

Une 2^{me} poussée, survenue un an plus tard (Octobre 1947) est plus grave avec :

- douleurs abdominales accompagnant la diarrhée (6 à 7 selles sanglantes puis purulentes)
- altération de l'état général avec asthénie et état sub-fébrile (T° à 38°)

La rémission survient au bout de 6 semaines.

La 3^{me} poussée débute en Mars 1948, elle va évoluer d'une seule tenue jusqu'à l'hospitalisation de la malade. C'est une poussée grave avec :

- 15 à 20 selles par jour dont 4 à 6 émissions sanglantes puis purulentes
- état subfébrile (38°)
- intolérance digestive, stomatite
- deshydratation avec très gros amaigrissement : poids de la malade : 30 kilogs, anémie : 3.000.000 G.R.

C'est dans cet état que la malade entre dans le service de médecine en septembre 1948, malgré un traitement anti-infectieux et des transfusions répétées, l'état s'aggrave encore :

- les selles sanglantes persistent
- la T° demeure aux environs de 38°
- l'anémie progresse (1.900.000 G.R. en Octobre)
- l'amaigrissement est de plus en plus considérable (le poids de la malade descendra le 25 octobre jusqu'à 25 kilogs)

Cette constante aggravation malgré un traitement médical actif fait envisager un acte chirurgical.

En novembre 1948, on profite d'une très légère amélioration

(selles moins fréquentes : 4 par jour ; poids : 28 kgs 600)
pour pratiquer une iléostomie, en réservant le pronostic étant
donné l'état cachectique de la malade (numération 1.630.000 G.R.)

22-11-48 : Docteur CHARRIER, iléostomie

Les suites immédiates sont simples. La température revient
à la normale. Mais en fin décembre 1948, éclate une nouvelle
poussée : T° oscillante à 40°
amaigrissement 2 kilogs

En Janvier et février 1949, l'état s'améliore progressivement
la température est redevenue normale, l'iléostomie fonctionne
bien. L'appétit est satisfaisant et le poids de la malade passe
ainsi de 29 à 42 kilogs. L'anémie se répare (4.000.000 G.R.)
Un lavement baryté alors pratiqué montre un colon rétréci dans
son ensemble, avec disparition des segmentations haustrales
et aspect pseudo-polypeux.

Le 16 Mai 1949, le Dr CHARRIER pratique une colectomie
subtotale (section au niveau du sigmoïde) avec, dans le même
temps, anastomose iléo-sigmoïdienne par intubation.

Les suites sont simples malgré une petite fistule, au ni-
veau de la suture (trajet qui se ferme spontanément en quelques
jours) :

4 ans plus tard (février 1953)

la malade se porte bien ; elle pèse 51 kilogs, présente un
transit normal (1 selle par jour).
Elle n'a jamais refait de poussée ;
n'a jamais eu de sang dans les selles.

Il faut noter qu'elle présente désormais des règles normales
alors qu'elle était très mal réglée auparavant.

En résumé : il s'agit d'une forme grave de R.C.H.
ayant abouti à un état cachectique où l'iléostomie pratiquée in-
extremis a entraîné une rémission qui a elle même permis de
pratiquer la colectomie dans des délais raisonnables (6 mois).

Cependant la conservation du sigmoïde et du rectum nécessite
une surveillance étroite de cette malade.

OBSERV. N° 2

M. Maurice S..., 25 ans, entre le 26 Mai 1950 pour Rectocolite hémorragique en poussée aiguë, adressé par le service du Dr RACHET.

La maladie a débuté 8 ans auparavant et a évolué en 5 poussées successives (1942, 1944, 1946, 1946-47, 1948, toutes sérieuses avec diarrhée sanglante, fièvre, altération importante de l'état général, interdisant toute activité sociale à ce malade. C'est à l'occasion de la 6me poussée que nous le voyons.

C'est une poussée grave qui dure depuis presque 1 an rebelle à tous les traitements médicaux, avec température à 38-39°, vomissements, amaigrissement (poids 51 kgs) leucocytose (16.600 G.R)

Le 7-6-50 le Dr LOYGUE pratique une iléostomie à pont cutané sur un malade très fatigué.

Dans les suites immédiates apparaissent des signes d'occlusion qui entraînent une réintervention.

15-6-50, Dr LOYGUE : laparotomie exploratrice : il s'agit d'un iléus paralytique, on ne retrouve aucun obstacle mécanique

Deux jours plus tard éclate une crise aiguë avec hémorragie rectale importante, soignée par des transfusions répétées.

Progressivement, la poussée sous iléostomie cède, l'état général s'améliore, la T° baisse ;

Un mois plus tard (Juillet 50) le malade fait une seconde poussée sous iléostomie (fièvre, vomissements, émissions sanglantes par l'anus). Puis son état s'améliore.

En Octobre 1950, il a repris 15 kilos mais malgré un état apparemment floride, il présente constamment des écoulements sanglants par l'anus.

Aussi le 10-10-50, le Dr LOYGUE pratique une colectomie avec enfouissement du moignon sigmoïdien.

Les suites sont très simples et le malade quitte le service 15 jours plus tard.

Il revient en février 1951 car l'état du rectum ne s'est pas amélioré : des hémorragies rectales persistent.

Le 16-2-1951, le Dr LOYGUE pratique une Rectosigmoïdectomie. Les suites là encore sont particulièrement simples.

Deux ans plus tard le malade fait un abcès de paroi dû à un fil non résorbable (nylon).

Actuellement (Avril 1953) il est très bien portant., mène une vie absolument normale (il est coiffeur) pratique tous les sports (y compris la natation) et n'a jamais été aussi heureux depuis le début de sa maladie (1942). Il a repris 30 kilogs depuis sa 1^{re} hospitalisation en chirurgie.

Son iléostomie fonctionne parfaitement.

En résumé, il s'agit d'un des cas de rectocolite hémorragique subaiguë évoluant par poussées de plus en plus graves, pendant 8 ans, finalement rebelles à tous les traitements médicaux.

Ce malade a été guéri par le traitement chirurgical en 3 temps (iléostomie pratiquée sur un malade en mauvais état général ; colectomie ; rectosigmoïdectomie).

Il faut noter dans les suites de l'iléostomie, l'iléus paralytique d'une part ; l'hémorragie et la poussée évolutive d'autre part.

OBSERV. N° 3

Mademoiselle Christiane C... 25 ans entre en Octobre 1950, pour rectocolite hémorragique grave, venant du service du Dr RACHET.

Le début de l'affection remonte au mois de février de la même année (soit 8 mois plus tôt)

D'emblée le tableau clinique a été grave avec :

- une diarrhée importante : 30 selles par jour, faites d'émissions sanglantes et purulentes ;
- douleurs abdominales ;
- asthénie et anorexie marquées ;

La malade a été tout d'abord traitée à l'émétine.

En Mai 1950, une légère amélioration se manifeste (6 à 7 selles par jour) mais elle ne dure pas.

Nous voyons la malade dans un état cachectique :

- amaigrissement de 30 kilogs
- asthénie
- anémie : 3.500.000

Le 10 Octobre 1950, à l'anesthésie locale :

Iléostomie à pont cutané (Dr CHARRIER)

10 jours plus tard, simultanément apparaissent :

- une poussée de R.C.H. avec hémorragies rectales
T° à 39-40
- une phlébite du membre inférieur gauche
malgré la poussée hémorragique, la malade est mise à l'héparine (400 milligrammes par jour pendant 9 j.)

Progressivement l'état s'améliore :

- la T° retombe à 37
- le pouls revient à 90
- le poids augmente de 7 kilogs en 6 semaines ;

En Janvier 1951 :

apparaît une deuxième poussée malgré l'iléostomie
cette rechute est plus grave avec émissions sanglantes par le rectum, la T° oscille entre 38,5 et 40 pendant 10 j.
la malade perd à nouveau 3 kilogs ; on note une anémie plus importante : 2.600.000 G.R.

Le traitement comporte essentiellement :

- des transfusions répétées
- de la cortisone à raison de 100 mmg par jour

En Avril 1951 la maladie semble stabilisée, certes l'état de la patiente est médiocre mais les différents examens s'avèrent tous sensiblement normaux (urée, protides, formule sanguine etc...)

On décide alors de pratiquer l'excérèse colique.

23 Avril 1951 - Docteur CHARRIER : Colectomie subtotale avec fermeture du moignon sigmoïdien, le rectum étant laissé en place).

Dans les suites, malgré le traitement antibiotique
la réanimation

l'aspiration duodénale

la malade reste subfébrile et une occlusion se développe (des vomissements apparaissent dès que l'on retire la sonde).

28 Avril 1951 - Dr CHARRIER pratique une laparotomie médiane pour iléus paralytique par péritonite : anses grêles dilatées, fausses membranes (le prélèvement révélera qu'il s'agit de staphylocoques et de bacilles pseudo-diphtériques). On fait une entérostomie (Nélaton, Witzel) sur une anse dilatée, en amont de l'iléostomie, dans le bas de l'incision médiane.

Néanmoins l'état de la malade continue à décliner, la T° monte à 39 puis 40°, on retrouve des staphylocoques dans les urines. La malade meurt le 1° Mai 1951 dans un tableau de collapsus. A la vérification on retrouve :

- une péritonite généralisée à pseudo-diphtérique et à staphyl.
- ni bride, ni lâchage de suture.

Comme la plupart des opérés de cette série, cette malade était particulièrement fatiguée. Cependant l'absence de réaction à l'infection péritonéale (batarde évidemment et développée sous antibiotiques) frappe particulièrement dans cette évolution ; faut-il rechercher dans le traitement à la cortisone, que la malade avait subi avant la colectomie, une raison à cette absence totale de réaction de défense ? Les Dr RACHET et BUSSON tendaient vers cette opinion.

Mademoiselle Jeanine Pl... (21 ans)

entre en Novembre 51 pour rectocolite hémorragique chronique présentant une poussée aiguë, envoyée par les Dr RACHET et BUSSON.

Dès l'âge de 5 ans, la malade a présenté des crises de diarrhée d'une façon périodique, en 1940 sont apparues des émissions sanglantes.

C'est en 1948, à l'occasion d'une poussée plus importante ayant nécessité une hospitalisation que le diagnostic de R.C.H est porté.

Les poussées se répètent en 1949 et 1950, elles sont guéries par le traitement médical mais localement, à l'examen endoscopique, la muqueuse rectale présente toujours des lésions de R.C.H. avec apparition de pseudopolypes en 1949. En Janvier 1951, à l'occasion d'une nouvelle poussée, la rectoscopie pratiquée révèle un rétrécissement rectal situé à 15 centimètres de l'anus.

Sur cette rectocolite chronique se greffe en Mars 1951 une poussée aiguë qui va évoluer presque d'une seule tenue pendant plusieurs mois : c'est une poussée grave, fébrile (T° à 38-39° au début) avec évidemment diarrhée sanglante (5 à 10 selles par jour) altération de l'état général (amaigrissement de 10 kilogs, pâleur) arthralgies., lésions proliférantes suppurées, hémorragiques à la rectoscopie.

La malade subit 2 cures de cortisone :

- en mars 51 : 1 gr
- en mai 51 : 1 g 80

qui entraînent une légère amélioration cessant dès l'arrêt du traitement.

L'anémie se situe aux environs de 3.500.000 G.R. puis de 3.000.000 (Juillet 51) nécessitant des transfusions sanguines répétées qui indiscutablement améliorent la malade.

Le 31 aout 1951 survient une embolie pulmonaire gauche avec réaction pleurale qui évolue favorablement.

A l'occasion d'une légère accalmie :

- T° à 37
- 4.000.000 G.R.
- reprise de poids de 1 kg
- on décide l'intervention -

le 15-10-51, Iléostomie à pont cutané. Dr CHARRIER

L'amélioration se précise

La malade reste apyrétique

Son poids augmente et très rapidement on peut envisager le second temps.

Le 10-12-51 - rectocollectomie totale en un temps

Dr CHARRIER -

(il faut noter ici l'importance de la périrectite découverte lors de l'intervention, ce qui a poussé à pratiquer d'emblée l'amputation du rectum. L'examen de la pièce a montré une muqueuse pseudo-polypeuse sur tout l'ensemble du colon).

Les suites sont très simples et la malade quitte le service au bout de 15 jours - elle revient 3 mois plus tard pour occlusion du grêle.

13 Février 52 - Docteur CHARRIER,
laparotomie médiane - section de brides.

En 1953, 18 mois après sa colectomie la malade se porte très bien, même une vie active, elle accuse un gain de poids de 16 kg (56 au lieu de 40) son iléostomie fonctionne normalement elle n'est néanmoins pas satisfaite de son appareillage et désirerait une poche genre Rutzen.

En résumé il s'agit d'une R.C.H. chronique compliquée d'une poussée aiguë prolongée rebelle aux traitements médicaux, ayant entraîné une très grave altération de l'état général.

L'iléostomie a entraîné une sédation

La rectocollectomie totale a guéri la malade -

2 facteurs semblent avoir contribué ici à la simplicité des suites opératoires :

- le court délai écoulé entre les 2 interventions (2mois)
- la diminution des temps opératoires (colectomie et ablation du rectum en un temps)

La répétition des temps étant un facteur décisif dans le déclenchement des complications occlusives.

Madame L... (63 ans) (Dr Carrey, St-Quentin)

Présentait depuis plusieurs années une rectocolite hémorragique chronique qui s'est brutalement compliquée en décembre 1951 ; par l'apparition de poussées aiguës, fébriles avec :

- arthralgies inflammatoires
- lésions sous-cutanées multiples évoluant vers la nécrose et la suppuration et nécessitant plusieurs incisions sans que l'on puisse isoler de germes responsables.

Enfin ces poussées se rapprochent et sont rebelles à tous les traitements médicaux, entraînant une altération progressive de l'état général. C'est pourquoi, le

7 Juillet 52, le docteur CHARRIER pratique une iléostomie à pont cutané.

Les suites immédiates sont simples mais 5 jours plus tard se constitue un syndrome occlusif. L'écoulement par l'iléostomie cesse.

Le 14-7-52 - Dr CHARRIER - Laparotomie médiane

Les anses grêles atones et distendues sont tordues en masse autour du mésentère et tombent dans le petit bassin. Ponction du grêle, aspiration, détorsion. Entérostomie à la Witzel sur l'anse ponctionnée au niveau de la médiane.

Une amélioration se constitue en 48 heures puis apparaît une péritonite avec occlusion et collapsus.

Le 19-7-52 - Dr CHARRIER - Désunion et suppuration de la médiane ; lâchage des sutures de l'entérostomie - Péritonite avec anses roses. Aspiration, fermeture de l'entérostomie Mickulicz.

Sous l'effet d'une réanimation intense (Dr R. TZANCK) l'évolution est favorablement et progressivement poursuivie vers la guérison ;
L'iléostomie fonctionne normalement ;
Les suppurations cutanées sont taries.

En 1953 (6 mois plus tard)
la malade va très bien, a retrouvé un bon appétit, a grossi de 27 kilogs (45 à 72), elle n'a pas eu de poussées de R.C.H. tous les 2 mois elle présente une selle rectale.

Etant donné l'âge de la malade, la grosse amélioration obtenue l'importance des complications post opératoires initiales, nous avons renoncé à pratiquer une colectomie.

OBSERV. N° 6

Madame Odette M... (29 ans) est adressée au Dr LOYGUE par le Dr RICHARD (Troyes) pour Rectocolite hémorragique en poussée au cours d'une grossesse, en Octobre 1952.

La 1^o poussée remonte à 1950 et a guéri par le Tt médical (choc). La malade subit en 1952 une appendicectomie puis, au début d'une grossesse, fait une poussée grave avec fièvre pâleur, manifestations articulaires ; cette poussée est rebelle aux traitements médicaux.

Très rapidement apparaît une anémie (3 millions G.R.) puis une grave altération de l'état général et en un mois la malade perd 7 kilogs (57 à 50 kilogs).

C'est pourquoi, devant l'état général alarmant, on décide de pratiquer un avortement thérapeutique au 4^{me} mois de la grossesse (26-9-52).

et quelques mois plus tard (7-10-52) une iléostomie à pont cutané (Dr LOYGUE) qui entraîne rapidement une amélioration remarquable : chute de la T°, du nombre des selles
prise de poids

Malgré l'iléostomie, le traitement médical associé, une rechute se développe ; le poids descend à 45 kilogs

En novembre 1952 éclate un épisode septicopyohémique avec T° à 38-39°, 38.000 G.B. à la numération.

Les hémocultures pratiquées sont négatives.
On retrouve des staphylocoques à la suite d'un prélèvement de gorge ;

Sous l'influence des antibiotiques, la T° retombe à 37 et on profite de cette apyrexie malgré l'état général déficient ; l'anémie à 3.600.000 G.R., la leucocytose (15.000 G.B) pour pratiquer le

25-11-1952, une colectomie totale (Dr LOYGUE)
qui est bien supportée.

Mais 4 jours plus tard la T° s'élève rapidement à 39 puis 40.
La malade meurt le 1-12-52., et la vérification montre qu'il s'est agi d'une embolie pulmonaire.

secondaire à une thrombose de la veine saphène interne du membre inférieur gauche.

En résumé, il s'agit d'une rectocolite hémorragique aiguë évoluant en 2 poussées graves, la seconde survenant au cours d'une grossesse.

Devant l'importante altération de l'état général l'inefficacité du Tt immédiat, on a été amené à pratiquer rapidement et d'une façon rapprochée un avortement thérapeutique, une iléostomie et celle-ci étant insuffisante, une colectomie qui fut bien supportée. Malheureusement la malade est morte d'embolie pulmonaire.

Madame G... (39 ans) entre en chirurgie en Octobre 1952 pour R.C.H. grave, rebelle au traitement médical, envoyée par le service du Dr LAMBLING.

Le début de la maladie remonte à Novembre 1951 (1 an) marqué d'emblée : par des rectorragies (4 à 5 selles par jour sanglantes puis rapidement purulentes)
une asthénie précoce

Cette première poussée cède en 2 mois au traitement médical mais est suivie de 2 autres poussées.

En Mai 1952 (poussée durant 2 mois, améliorée par terramycine et salazopyrine)

En Aout 1952 : poussée plus grave avec clochers thermiques à 40°, amaigrissement, rebelle au traitement médical malgré lequel apparaît un syndrome évolutif infectieux avec température élevée, légère défense sigmoïdienne, intolérance digestive. C'est pourquoi :

Le 13 Octobre 1952 le Dr LOYGUE fait une iléostomie à pont cutané

Dans les suites immédiates, on note un météorisme abdominal important qui entraîne une réintervention le

17 Octobre 1952 - Dr LOYGUE
Laparotomie médiane exploratrice - iléus paralytique
sans épanchement abdominal ni fausses membranes -

Puis tout rentre dans l'ordre : l'iléostomie fonctionne normalement, l'état général de la malade s'améliore et devient satisfaisant.

Néanmoins, localement on note :

- une inflammation au pourtour de l'iléostomie ;
- une désunion partielle de l'incision médiane ;

En Décembre 1952 une poussée sous iléostomie se développe avec émission de glaires sanglantes par le rectum, élévation thermique.

Cette poussée s'atténue progressivement pendant un mois mais reprend en février 1952, avec état subfébrile, glaires sanglantes et purulentes par le rectum.

Dès lors l'état général de la malade décline progressivement ;

malgré une réanimation aussi intense que possible.

On désirerait intervenir par colcétomie pour enrayer cette poussée rebelle à tous les traitements mais c'est techniquement impossible car la plaie médiane s'est secondairement infectée.

La malade meurt le 5 Mai 1953, dans un état de cachexie intense (poids : moins de 28 kilogs)

A la vérification :

- Foie 1 kg 600
- Le colon présente l'aspect typique de R.C.H. en pleine évolution au stade ulcéreux ;
- On note des adhérences des anses grêles dans le petit bassin une anse située 1 m 50 en amont de l'iléostomie est adhérente et perforée dans celle-ci. Il existe ainsi un court-circuitage important qui associé à la poussée évolutive de R.C.H. a pu augmenter la dénutrition ? (par suite de la brièveté du conduit intestinal).

En résumé, il s'agit d'une rectocolite hémorragique aiguë ayant évolué en un an, momentanément améliorée par l'iléostomie. Mais la malade meurt secondairement (6 mois après la 1^{re} intervention) faute d'avoir pu pratiquer la colectomie. Cette observation nous paraît intéressante car elle montre le danger qu'il peut y avoir à trop attendre pour pratiquer l'excérèse.

Mademoiselle Régine L... (26 ans)

entre le 17 Octobre 1952 pour poussée aiguë de R.C.H. avec réaction péritonéale envoyée par le Service du Dr LAMBLING

Bien que l'on note un épisode diarrhéique isolé de 10 jours en 1945, la 1^{re} manifestation évidente de la maladie remonte à

Juillet 1952 marquée par une poussée aiguë
10 à 15 selles sanglantes par jour avec asthénie
diagnostiquée d'emblée à la rectoscopie
ayant cédé en 6 semaines ;

Une deuxième poussée éclate en septembre 1952

- les lésions sont inchangées à la rectoscopie
- sous l'influence du traitement médical (terramycine, salazopyrine) une légère amélioration apparaît en fin septembre 52)
- diminution des émissions sanglantes : 3 à 4 selles p.j.
- augmentation de poids de 1 kilog
- anémie : 3.500.000 G.R.
5.000 G.B.

Le 6 Octobre 1952 apparaît une intolérance digestive avec vomissements, rapportée au traitement par la terramycine

Ces troubles digestifs sont suivis d'une rapide altération de l'état général, on retrouve par 3 fois une acétonurie, tous les autres examens étant normaux, enfin une anémie qui s'aggrave G.R. 3.200.000

Le 15 Octobre 1952 on note une réaction péritonéale avec défense généralisée, la malade est opérée le

17 Octobre 1952 - Dr LOYGUE, iléostomie.

Les suites sont simples : l'amélioration est continue durant le mois de Novembre 1952.

En Décembre 1952 une poussée évolutive grave sous iléostomie se manifeste :

- par reprise de la température à 39°
- hémorragies rectales
- amaigrissement de 3 kgs en quelques jours
qui va augmenter les semaines suivantes

La plaie d'iléostomie se désunit et présente une éventration à sa partie inférieure.

L'alimentation est assurée par sonde duodénale ;
la malade est excessivement fatiguée ;

Progressivement cependant tout rentre dans l'ordre :

- la température redescend à 37°
- et malgré la persistance de pertes sanglantes par le rectum l'état général s'améliore.

En mars 1953, la malade reprend une alimentation normale
la plaie d'iléostomie est en bonne voie de cicatrisation.

En Mai 1953 :

la malade va très bien, et mange normalement ; elle a grossi
de 15 kilogs
sa plaie est cicatrisée laissant cependant des téguments
très irrités au pourtour de l'iléostomie, on peut dès
lors envisager la colectomie.

OBSERV. N° 9

Madame Marie V... (49 ans)

entre le 30 décembre 1952, envoyée par le service du Dr LAMBLING pour R.C.H. chronique évoluant depuis 20 ans et compliquée depuis 4 ans.

Dès 1928 apparaissent des crises périodiques de diarrhée (10 selles par jour) avec asthénie, anorexie, survenant le plus souvent au printemps et en été, entrecoupées de rémissions de plusieurs mois.

En 1933 les premières poussées sanglantes se manifestent puis se reproduisent périodiquement jusqu'en 1946 ;

A noter une poussée plus importante en 1942, ayant entraîné une anémie marquée : 2.700.000 G.R.

En 1946 la malade présente des métrorragies et subit une castration radiothérapique, pendant 3 ans on assiste à une rémission de la R.C.H.

En 1949 à la suite d'une poussée, à l'examen de la malade, on découvre 2 fissures anales et un rétrécissement rectal pour lequel sont pratiquées des séances de dilatation.

En 1950 on note deux poussées fébriles :

- lors de la 1^{re} est découverte une fistule recto-sigmoïde à l'occasion d'un lavement baryté
- la seconde est compliquée d'un abcès périrectal qui s'ouvre spontanément dans le rectum puis se fistulise au périnée ;

Devant ces complications périrectales, une colostomie iliaque gauche est faite le 16-4-51 en poussée ; elle est suivie d'une nouvelle poussée hémorragique qui se répétera par 2 fois en 1952.

La malade est finalement hospitalisée à l'hôpital Bichat en Décembre 1952 :

Elle est alors fatiguée (dyspnée d'effort, oedème malléolaire d'effort) pâle, subfébrile et présente 5 à 6 selles par jour avec écoulement séro-sanglant intermittent.

Le rétrécissement rectal est serré, complet, bien centré inextensible interdisant toute exploration endoscopique ; les examens complémentaires permettent d'éliminer formellement une maladie de Nicolas Favre.

Les examens de sang sont normaux, à part une légère anémie

à 3.800.000 G.R.

La radiographie (lavement baryté) montre 1 colon rétréci, sans pli, rigide.

La malade subit successivement

1- Le 6-1-53 : une Iléostomie terminale (Dr LOYGUE)

2- Le 21-1-53 : une Colectomie subtotale (Dr CHARRIER)
avec résection de l'anus iliaque gauche

(les suites sont simples : néanmoins le transit intestinal n'est pas parfait et par 2 fois on est obligé de pratiquer une aspiration duodénale ; au bout de 15 jours tout rentre dans l'ordre).

3- Le 27-4-53 - Une amputation abdomino-périnéale du rectum
(Dr CHARRIER)

Il est intéressant de noter lors de ce dernier temps opératoire :

- la présence sur le grêle d'une bride secondaire à la colectomie ;
- le caractère scléreux, lardacé des tissus périrectaux qui a rendu la dissection particulièrement délicate (absence de plans de clivage).

Très rapidement l'état de la malade s'améliore et dès le 15^e jour elle note une modification des selles émises par l'iléostomie ; elles lui paraissent plus solides et moins fréquentes. Par ailleurs, elle ressent un bien être physique qu'elle ignorait depuis des années.

En résumé, il s'agit d'une rectocolite hémorragique chronique compliquée. Cette affection interdisait toute activité à la malade qui dut être hospitalisée à plusieurs reprises. Le traitement chirurgical, malgré le caractère mutilant de l'iléostomie, permet d'envisager la reprise d'une activité normale.

OBSERV. N° 10

Monsieur R... (49 ans) entre le 13 Janvier 1953 adressé par le service du Dr LAMBLING pour poussée aiguë de recto colite hémorragique.

Le début de la maladie remonte à 5 ans marqué par :

- une 1° poussée de R.C.H. (Nov. 1947)
durant 5 mois (30/35 selles sanglantes par jour
poussées fébriles, amaigrissement)
ayant finalement guéri par Tt médical
- en 1950 abcès anal ayant guéri par simple débridement
- une deuxième poussée apparait en avril 1952
et cède au bout de quelques semaines ;
- enfin la 3° poussée à l'occasion de laquelle nous verrons
le malade, débute en Octobre 1952
Elle est d'emblée sérieuse avec :
 - diarrhée sanglante (10/15 selles par jour)
 - douleurs coliques surtout au niveau du sigmoïde
 - asthénie
 - amaigrissement

Les examens alors pratiqués sont sensiblement normaux
R.A. 68 vol., urée 0,25 ; protides : 85 g/l.
chlore plasmatique 3,70/l. thymol : 7 U.V

Malgré un traitement médical très complet, la poussée se développe et s'aggrave en décembre 1952

La T° oscille entre 38 et 39°
Légère anémie à 4.000.000 de Globules rouges
avec hyperleucocytose 15.000 G.blancs

L'asthénie augmente et le malade ne peut plus se tenir debout.

C'est ainsi qu'il nous est adressé en Janvier 1953 dans un état de dénutrition grave, avec :

- troubles de la conscience (désorientation dans l'espace)
- hoquet, crampes dans les M.I.
- les divers examens pratiqués (Dr BERNIER) concluent à une deshydratation intracellulaire.

Après mise en place d'une sonde duodénale, pour alimentation, on pratique :

le 17 - 1 - 53 - iléostomie à pont cutané (Dr LOYGUE)

Le malade meurt le 21 janvier 1953 dans un tableau d'œdème pulmonaire.

A la vérification : colon épaissi en pleine poussée de R.C.H. surtout marquée sur le colon ascendant ; foie un peu gros (1 kg 800) début de stéatose.

En résumé : il s'agit d'une forme aiguë de R.C.H. vue trop tardivement dans un état de dénutrition irréversible où l'iléostomie n'a pas permis le "sauvetage" espéré.

OBSERV. N° 11

Mademoiselle B... entre dans le service le 2-2-53 pour
péritonite par perforation au cours d'une R.C.H. grave.

Le début de la R.H. remonte à Juillet 52 (soit 7 mois)
marqué par de la diarrhée (4 à 5 selles par jour)
avec émissions sanglantes ; douleurs coliques ; image endos-
copique de R.C.H.

Au bout d'un mois le dg de R.C.H. est porté devant un tableau
si évocateur.

La malade est hospitalisée à Beaujon en décembre 1952 et y
est traitée par l'émétine, car on a trouvé des amibes dans
ses selles ;

En Janvier 1953 elle présente une douleur dans la F.I.D. elle
subit alors (13-1-53) une appendicectomie.

Au bout d'une semaine après cette intervention, l'état
général s'est considérablement aggravé :

- asthénie de plus en plus intense avec anorexie, soif vive
- T° oscillante à 38/40°
- stomatite
- abdomen tendu

L'asthénie intense qui domine le tableau, fait évoquer une
hypocalcémie et hyponatrémie. Malgré un traitement actif dans
ce sens, l'état s'aggrave progressivement.

Le 2-2-53 nous voyons la malade :

Une radiographie d'abdomen sans préparation est faite et
montre un pneumopéritoine généralisé.

L'état préagonalique interdit alors toute intervention, on se
contente de mettre la malade en milieu chirurgical, d'instal-
ler une aspiration duodénale et une réanimation aussi active
que possible.

Le 5 et le 6-2-53, par deux fois, les perfusions sont
suspendues car la malade présente deux accès d'œdème pulmo-
naire avec expectoration mousseuse, cyanose, pincement de la
T.A.

Le 13-2-53, la malade étant toujours en vie, contre tout espoir, on tente une intervention de drainage (Dr LOYGUE) qui permet de découvrir dans la gouttière latéro colique, une collection stercorale bien cloisonnée vers le bas mais non vers le haut. Il n'est pas question de faire une iléostomie : on met en place 2 mèches et un drain.

Dans les suites apparaît une fistule stercorale.

Le 23-2-53 - Malgré l'état préagonalique de la malade (poids : moins de 28 kilogs) dont la péritonite évolue depuis 3 semaines, on tente de pratiquer une entérostomie de dérivation en amont de la fistule stercorale (Nélaton Witzel).

La malade meurt le 11-3-53.

A la vérification on trouve un péritoine cloisonné avec de multiples poches, les unes gazeuses, les autres purulentes.

La fistule stercorale correspond au fond du coecum.

Par ailleurs, un paquet d'anses grêles agglutinées bride l'intestin en amont de l'entérostomie de dérivation.

En résumé, il s'agit d'une rectocolite hémorragique
à forme aiguë compliquée :

- D'un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite ayant entraîné une appendicectomie ;
- Puis d'une perforation (vraisemblablement au niveau du moignon d'appendicectomie).

La malade est morte de péritonite.

B I B L I O G R A P H I E

- ALMY (T.P.) - The Journ. Amer. Med. Ass. 150, 6, Oct. 1952
- ALVEREZ (W.C.) - Carcinoma and ulcerative colitis
Gastroenterology 17, 110-111, 1952
- ANTON (A.T.), SECREST (R.) - Medical ileostomy in ulcerative colitis
Gastroenterology 20, 2, Feb. 1952
- AUGUSTE (C.) PARIS (J.) DELDICQUE (H.) - Rectocolite hémorragique compliquée d'un syndrome infectieux grave guéri par irrigations sulfamidées après appendicectomies.
A.M.A.D. T.36, 1947
- AUGUSTE (C.) DRIESSENS (J.) - Sur un cas de R.C.H. traité par anus iliaque gauche
A.M.A.D. T. 39, p. 588, 1950
- AULT (G.) - Surgical treatment of ulcerative colitis
Archives of Surgery, T.58, p.243, 3 March 1949
Amer. Journ. of Surgery 75, 325/331, Feb. 1948
- BACON (H.E.) - Anus rectum sigmoid colon ; diagnosis and treatment. Chronic ulcerative proctocolitis p.285
1949, 3me édition, Lippincott
- BACON (H.E.), TRIMPI (H.D.) Surgical Treatment
Review of gastroenterology, New York, T.18,
p.325, May 1951
S.G.O. T.91, n°4, p.409, Oct. 1950
- BACON (H.E.) VAUGHAN (G.D.) - Surgical Treatment
Journ. of the Intern. College of Surgeons
(Philadelphia) t.12, n°3, p 320, May-June 1949
- BARGEN (J.A.) LINDAHL (W.W.) ASHBURN (F.S.) PEMBERTON :
Ileostomy for chronic ulcerative colitis
Ann. Int. Med. T.18, pp. 43/56, Jan. 1943 n° 93
- BASSLER (L.) The etiology and treatment of chronic ulcerative colitis.
Amer. Journ. of Digest. Diseases, 16, n° 8, p.275
1949
- BATES (G.S.) - Amer. Journ. of Med. Science, T.222, n°2
p. 211, Aug. 1951
- BENSAUDE, RACHET, MASSOT - Traité des maladies de l'intestin
T.III, p.223, éd. Masson

- HENSAUDE (A.) Rectocolite hémorragique.
La Revue du Praticien. T.I, n° 7
- BERGERET, ARNOUS - Rectocoléctomie totale pour R.C.H. et
Polypose inflammatoire
A.M.A.D. T. 39, p.390, 1950
- BERGERET, BRETON, FALLOT - Rectocoléctomie totale pour R.C.H. et
Polypose inflammatoire
A.M.A.D. T.39, p. 391, 1950
- BERTRAND (J.) - Etude radiologique des R.C.H.
Certificat de Radiologie n° 54, Paris 1950
- BEYTOUT (A.) - Thèse Paris 1947-48 - n° 91.138
- BRITISH - Contribution à l'étude de la R.C.H. : 2 cas
Thèse Paris 1947, n° 734
- BROOKE (B.N.) -
The Lancet vol. 260, n° 6666, p.1197; 2 June 1951
Annals Royal College Surgeons England - T.8, n°6
p.440, June 1951
- BROWN (C.H.) GLECKLER (W.J.) JONES (T.E.) - Surgical Treatment
results in 106 cases
Gastroenterology T.14, n°4, pp 465/478
- BROWN (M.L.) KASICH (A.M.) WEINGARTEN (B.) - Complications
Amer. Journ. of Digest. Diseases (FortWayne)
T.18, n°2
- CARD (W.I.) - Ulcerative colitis
The Practitioner 169, 1013, Nov. 1952
- CATTAN, CHAMPEAU, CARASSO, BLOCH-LAROQUE - R.C.H. grave traitée
par colectomie totale avec abouchement de l'iléon à
l'anus
A.M.A.D. T.41, n°5, p.523, 1952
- CATTELL (R.B.) -
- Surgical Treatment of ulcerative colitis
Gastroenterology T.10, p.63, 1948
- Ulcerative colitis ; case of ileostomy
Lahey Clinic Bull. T.4, p.45, oct.1944
- Management of Ulcerative colitis
Arch. Int. Med. T.79, p.367, n°1, Jan.1947
- CATTELL (R.B.) SACHS (E. Jr) Surgical Treatment
J.A.M.A. 137, 929, 1948

- CAVE (H.W.) - Late results in the Treatment of Ulcerative Colitis
Annals of Surgery
t. 124, p.716, Oct. 1946
t. 115, p.966, 1942
- CHAMPEAU - Technique nouvelle du rétablissement de la continuité après colectomie totale et ablation de l'ampoule rectale
A.M.A.D. T.41, p.504, 1952
- CHARRIER (J.) RACHET, BUSSON -
- Colosigmoïdectomie pour R.C.H.
A.M.A.D. T.39, p.395, 1950
- A propos du traitement chirurgical des R.C.H. et de la polyposé rectocolique
A.M.A.D. T.39, p.508, 1950
- CHEVILLOTTE (R.) - Presse Médicale T.58, 1950 : n°4 p.49
n°7 p.97
- COATES (A.E.) - Surgery in Ulcerative Colitis
Med. Journ. of Australia T.36, p.397, 1949
- COLCOCK (B.P.) - Technic of ileostomy -
S. Cl. North. Amer. 31, 775/82, June 51
- Surgical treatment
New England J. Med. 242, 320, March 1950
- Congrès Américain de Gastro-enterology 1949 (CROHN-MEYER)
Review of Gastroenterology 6, p.470, 1949
- COUNSELL (P.B.) GOLIGHER (J.C.) - Surgical Treatment
The Lancet - vol.263, n° 6744, Nov.1952
- COUNSELL (P.B.) DUKES (C.E.) - Chronic ulcerative colitis and carcinoma
British Journal of Surgery vol.39, n° 158, Mai 52
- CRILE (G. Jr) THOMAS (C.Y. Jr) - The Treatment of acute toxic ulcerative colitis by ileostomy and simultaneous colectomy
Gastroenterology T.19, n°1, p.58, Sept. 1951
- DELANNOY (E.) AUGUSTE (C.) HERAUD (M.) - Iléostomie terminale pour rectocolite hémorragique.
Utilité de l'abouchement cutané du bout distal de l'iléon
A.M.A.D. 1952, T.41, n°9-10, p.964

- DENIS (C.) - Ileostomy and colectomy in chronic colitis
Surgery 18 ; p. 435 ; Oct. 1945
- The response to vagotomy in idiopathic ulcerative
colitis and regional enteritis
Annals of Surgery - Sept, 1948, p.479
- DUGAL (J.P.) (Quebec) - Etude de 87 cas de colite ulcéreuse
A.M.A.D. 1952, T.41, n°12, p.II53
- EDDY - Vagotomy in ulcerative colitis
Surgery - Jan. 29, 2, 1951
- ELLIOTT (J.M.) EVERETT, KIEFFER (D.) HURXTAL (L.M.)
The New England J. of Med. 245, 8, pp 288/292, 23 Aug.
1951
- FERGUSON (L.K.)
Surgical Treatment, Postgraduate Med.8, 384/392, Nov.50
Surgical Management. S.Clin.North America 27, 1427/34
Déc.47
- FERGUSON (L.K.) and STEVENS (L.W.) - Surgery of complic. of
Ulcerative colitis
GastroEnter. 11, 640, 1948
- FLORA (W.W.) - Radical surgical treatment of chronic ulcerative
colitis
Amer. Journal of Surgery 81, 1, Jan.1951, p.92/3
- GABRIEL (W.B.) Brit. Med. Journ. n°4.764, 26 April 1952
Proceedings of the Rot.Soc. of Med. Vol.43, 8,
Aug.1950
- GARDNER (C.) MILLER (C.G.) - Archives of Surgery, 63, 3, Sept.51
- GARLOCK (J.H.) - Annals surgery, 113 - pp 2/14 - Janv.41
- Surgical Treatment of intractable colitis :
further experiences
New York State J.M. 45, p.I309, June 1945
- GLECKLER (W.J.) BROWN (C.H.) - Carcinoma of the colon complica-
ting chronic ulcerative colitis
Gastroenterology 14, 4, pp 455/65
- GRIFFITHS (L.L.) GILCHRIST (L.) - 1 cas mortel de U.C. + Perfo-
rations
Britisch Medical Journal 4.719, 16 June
- GURGIAN (L.) CECCONI - Surgical therapy of chronic aspecific
colitis. Late result of 81 cases
Minerva Chir. 5; 399/404, 15 July 1950

- GUZY - Reflexions sur 33 cas de R.C.H.
Thèse Bordeaux 1942-43, n° 34
- HARDY (T.L.) BROOK (B.N.) HAWKINS (C.F.) Ileostomy and ulcer.
colitis
The Lancet 2, 1949, 5
- HERARD (- Rectocolites hémorragiques cryptogénétiques : 33 cas
Thèse Lyon 1948-49, n° 164
- HOKWORTH (P.I.) CULBERTSON (W.R.) - Colectomie en 1 temps dans RCE
Archives of Surgery - 61, 5
- HUTCHINSON (W.B.) - Ileostomie anale dans R.C.E.
Western J. of S.O.G. (Portland Oregon) 60, 2, Feb. 1952
- JOHNSON (T.M.) ORR (T.G.) - Le cancer du colon secondaire aux
colites ulcéreuses
The American Journal of Digest. Diseases - Fort Waynes
15, 1 (Jan. 48) p.21
- JONES (T.E.) Surgical Treatment of ulcerative colitis
J.A.M.A. 111, 2076, 1938
- JOURDE - Etude radiologique de la Rectocolite Hémorragique
Certificat d'études spéciales d'Electro-Radiologie
113, 856, 1951, n° 25
- KALFON - Contribution à l'étude de la R.C.H.
Thèse Toulouse 1950, n° 103
- KAPEL (O.) - Acta Medica Scandinavia - Vol. 138, Fasc. 5, p. 328
10 Oct. 1950
- KIEFER (E.D.) EYTINGE (E.J.) JOHNSON (A.C.) - Malignant degene-
ration in chronic ulcerative colitis
Gastroenterology 19, 1, Sept. 1951 p. 51
- KIEFER (E.D.) An evaluation of the clinical management of chronic
ulcerative colitis
Gastroenterology 16, 1948
- KIRSNER, PALMER (Chicago) - Effet de l'A.C.T.H. dans la colite
ulcéreuse
J.A.M.A. 147, p. 541/549 ; n° 6, 6 Oct. 1951
- KISSINGER (C.C.) - Construction of a permanent skin covered
ileostomy
Journal of Indiana State M.A. 43 ; 12 ; pp 20/2 - Déc. 50

LADURON, FERRIERE - Acta Gastroenterologica Belgica 14 ; 5-6
Mai 51, p.563

LAHEY (F.H.)

- Indications for surgical intervention in chronic colitis
Annals of Surgery 1951, T.I33 ; p.726/742
- Complications for ileostomy
S. Clin. North America 30 : 393-899, June 1950
- Ulcerative colitis
Review of Gastroenterology N.Y. 17 ; 9 ; Sept.50
p.723
- Massive hemorrhage in Ulcerative Colitis - G. enter.
6, 130, Juillet 49

LARDENNOIS (G.) A propos du Traitement Chirurgical des colites
ulcéreuses non spécifiques
Mémoires Ac. Chir. T.62, p.409, Mars 1936

LEGARREC - A propos de 2 cas de rectocolite hémorragique grave
Thèse Paris, 1951, n° 120 - 90.973

LEVRAT - BONNET - EYMARD - Perforation recto-vaginale
Complication d'une rectocolite hémorragique grave
A.M.A.D. 1950, T.39, p.614

LYONS (R.S.) GARLOCK (J.H.) The relationship of Chronic ulcerative
colitis to carcinoma
Gastroenterology - 18, 2, June 1951,

MACHELLA (T.E.), GRIER (T.) MILLER : Traitement de colite ulcé-
reuse idiopathique par "Iléostomie Médicale"
Gastroenterology, Baltimore, 10 - 1, Jan.1948, p.28

Mac KENZIE (W.C.) Surgical treatment of ulcerative colitis
Canad. M.A.J. 64, 200-204, March 1951, n°3

Mac KITTRICK (L.S.) MOORE (F.D.) Ulcerative colitis :
problème or solution ?
J.A.M.A. 139, 201-207 (22 Jan. 1949)

MACLUNE (W.S.) - Surgical Treatment
M. Ann. District of Columbia 19, 431/435 ; Aug.1950

MADISON (M.S.) BARGEN (J.A.) - Proceedings of the Staff Meetings
of the Mayo Clinic, 26 - 1- 1951

MAHONEY (V.P.) BOCHUS (L.) - Gastroenterology 13, 6, pp 536/46

- MASCHAS (Alexandrie) Caecostomie pour R.C.H. suraiguë et purulente
A.M.A.D. T.38, 1949
- MICHAEL (M.A.) - Complic. and Surgical Indic. in Chronic Colitis
Postgraduate Medecine 9, 4, April 1951, 340-344
- MILLER (G.G.) RIPSTEIN (C.B.) TABAH (E.J.)
The surgical menagement of ulcer. colitis
S.G.O. Tome 88, n°3, pp 351/58 ; Mars 1949
- MILLER (G.G.) CAMPBELL (Mc G) RIPSTEIN - Primary resection of
the colon in Ulc. Colitis
Canad. M.A.J. 60, 584-85. 1949
- MONSAINGEON - Notes sur le traitement chirurgical des rectocolites
hémorragiques
A.M.A.D. T.37 ; n° 1-2 ; Jan.Fév.1948, p.121
- MOULONGUET (P.) - La colite ulcéro-hémorragique
Mém. Ac. Chirurgie, T.62 ; p.510 ; Avril 1936
- MULLER (B.) MELEY (J.) BOUTEILLE (H.) MEYRIEUX (A.) (St Etienne)
Réflexions sur 2 cas de R.C.H. grave traités par
cortisone puis colectomie totale
A.M.A.D. T.41, n°12, 1952
- NOVARINA (J.) Contribution à l'étude des formes mortelles de
Rectocolites Hémorragiques d'origine indéterminée
Thèse Lyon 1948/49
- ODDEY (F.D.) - Surgery - vol. 19, n° 1, pp 11/23, Jan.1951
- OURY - Colectomie totale pour rectocolite hémorragique
A.M.A.D. 1950, t.39, p.477
- PAULLEY (J.W.) - Study of 173 cases
Gastroenterology 16, 566/76, Nov. 1950, n°3
- PAULON (M.) HARKINS (W.H.) Restoration of intestinal continuiity
following complete transverse ileostomy for non speci-
fic colitis
Proc. Am. Fedratio Cl.Research 3, 47, p.57, 1946
- PARIENTE - Formes rectales de la R.C.H.
Thèse Lyon 1940-41, n° 52
- PATTERSON (H.A.) - Surgery in ulcerative colitis
New York State J.M. 1951, 17, p.2, 135 - 15 Sept.51

- PICKRELL (K.L.) and OTHERS - Construction of grafted ileostomy or colostomy stoma using abdominal wall flaps
Plast. and Reconstr. Surgery, 5 ; 384/391 ; May 1950
- POLLARD (H.M.) BOLT (R.J.) - Potassium Balance in Ulcerative Colitis
Gastro Enter. T.22, Déc. 52, p.565
- RACHET - Traitement de la R.C.H. à propos de 108 cas
A.M.A.D. t.35, p.94, 1946
- RACHET, BUSSON, ROGE - A.C.T.H. et Cortisone dans le traitement de la R.C.H.
A.M.A.D. t.40, n°11, p.1129, 1951
- RANKING -(F.W.) - Surgery for ulcerative colitis
S.G.O. 1, 18, 306, 1939
- Chronic ulcerative colitis
South. Med. J. 34, 464, 1941
- RAVAULT (P.) FRAISSE (H.) CHARRAT - Rectocolite cryptogenetique mortelle avec polypose secondaire diffuse.
Echec de l'A.C.T.H.
A.M.A.D. t.40, p.922, 1951
- RAVITCH (M.M.) HANDELSMAN (J.C.) - Résection colo-rectale en 1 temps pour colite ulcéreuse et polypose
Bulletin of the Johns Hopkins Hosp. vol88, n°1, pp 59/
; Jan.51
- RAVITCH (M.M.) et SABISTON - Anal ileostomy with preservation of the sphincter
S.G.O. ; 84, 1095/99, Juin 47
- RHODES (J.E.) Surgical therapy in ulcerative colitis
Rev. of Gastroenter. 16, n°6, 480- 1949
- RICE OXLEY (J.M.) SIDNEY TRUELOVE (Oxford) - Complications de la colite ulcéreuse
The Lancet, vol.I, n°13, pp 607/11, 1 avril 1950
- RIPSTEIN (C.B.) MILLER (G.G.) Mac G.GARDNER (C.)
Results of the surgical treatment in ulcerative colitis
Annals of Surgery - vol.135, n°1, Jan.1952
- SAUER (W.G.) - BARGEN (J.A.) - Colite ulcéreuse chronique et cancer
J.A.M.A. 141, 14, 3 Déc. 49, p.982

- SHAFIROFF (B.G.P.) HINTON (J.W.) Denervation of the pelvicolon
for ulcerative colitis
Surgical Forum Philadelphia 1950, p.134
Gastroenterology vol.19, n°4, Déc. 1951
- SCHLITT (R.J.) Mac NELLY (J.J.) SHAFIROFF (B.G.P.) HINTON (J.W.)
Pelvic autonomic neurectomy for ulcer. colitis
Gastroenterology, vol. 19, n°4, Déc.1951, p.812
- SHANDS (W.C.), DOCKERTY (M.B.) BARGEN (J.A.)
S.G.O. vol.94, n°3, p.302/10, March 1952
- SKINNER (H.L.) SMITH (R.H.) - Colectomy
Am.J.Surg. 77 ; 36/46, 1949
- SLOAN (W.P. Jr) BARGEN (J.A.) GASE (R.P.)
Revue de 2000 cas
Gastroenterology vol.16, n°2, p.25/38, 1950
- SOULLARD (J.) - Des rectocolites hémorragiques chroniques de
causes inconnues, à poussées successives
Thèse Paris 1941, n°383
- Actualités médico-chirurgicales - Oct,1946
- SOULLARD (J.) DEPAILLAT,(GUERET (A.)
Pseudo-polypose rectocolique totale au cours d'une
rectocolite hémorragique
A.M.A.D. 1952, T.41, n°12, p.1231
- STEFANO (J.J.) - N.Y. State J. of. Med. vol.50, n°17, Sept.50
- STROMBECK (J.P.) - Chirurgie de la colite ulcéreuse
Nordisk Medicin t.43, n°12, pp 501/3 ; 24 Mars 1950
- SULLIVAN - Surgical treatment
Wisconsin M.J., 49 ; 773/778 ; Sept.1950
- SWIGERT (W.B.) Chronic ulcerative colitis - Treatment
Journ. of the Intern. Coll. of Surgeons, vol.14
n°6, Déc. 50
- SWINTON (N.W.) WARREN (S.) - Journ.Am.Med.Ass. 113, 1939,
- THOREK (P.) - Vagotomy for idiopathic colitis and regional
enteritis - Results in 21 cases
J.A.M.A. 145, p.140/46, 20 Jan .1951, n°3
- TREUSCH (J.V.) - A case of multiple liver abscesses complicating
non specific chronic ulcer.colitis
Gastro-enterology 20, 1, Jan.1952

- TUMEN (H.J.) COHN (E.M.) - Pregnancy and ulcerative colitis
Gastroenterology 16, 1, Sept. 1950
- VACHON (A.) GONNET (L.) EVRARD (J.) (Lyon) - Traitements actuels
de la rectocolite hémorragique d'après 32 observations
A.M.A.D. 1950, T.39, p.122
- VIGONI - La chirurgie de la colite ulcéreuse grave
Scalpel, Bruxelles, 103 ; 39, Sept.50, p.961
- Traitement chirurgical des Rectocolites hémorragiques
Acta Belgica Gastroenterologica t.13, 1950, supplement 2
- WANGENSTEEN (O.H.) and TOON (R.W.) - Primary resection of the
colon and rectum with particular reference to cancer
and ulcer.colitis
The Amer. J. of Surgery, 75, 384, 1948
- WARREN (Richard) IELAND (S.) Mc KITTRICK -
Ileostomy in ulcerative colitis
S.G.O. vol. 93, n°5, Nov. 1951, p.555
- WELBOURN (R.B.)
Brit. Journ. of Surgery - 24, 1, Jan. 1952
- WENER (J.) MORTON (H.S.) POLONSKY (A.)
The effects of vagotomy on colonic function
observation through a transverse colostomy in a patient
with ulcer.colitis
Gastroenterology 22, 1, sept. 1952, p.251
- WHITE (B.V.) Effect of ileostomy and colectomy on personality
adjustment of patients
Tr. Am. Clin. and Climatol.A. (1949) 61, 141/151, 1950
- WOIMANT (B.) - Conceptions actuelles sur la colite hémorragique
Le Bulletin Médical an.65, n°5

